

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1935. — N° 26

Contribution à l'étude
de la
Tuberculose Pulmonaire Evolutive
chez les anciens Syphilitiques

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 1935

PAR

GEORGES CIXOUS

Ancien Interne des Hôpitaux d'Alger

Né à Oran, le 9 Mai 1908

MEMBRES DU JURY :

MM. AUBRY, Professeur de Clinique médicale.....	Président.
LEBON, Professeur de Thérapeutique.....	} Juges.
BENHAMOU, Agrégé (Médecine)	
MONTPELLIER, Agrégé (Anatomie pathologique)	

ALGER
IMPRIMERIES "LA TYPO-LITHO
ET JULES CARBONEL RÉUNIES

1935

Contribution à l'étude
de la
Tuberculose Pulmonaire Evolutive
chez les anciens Syphilitiques

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 1935

PAR

GEORGES CIXOUS
Ancien Interne des Hôpitaux d'Alger

Né à Oran, le 9 Mai 1908

MEMBRES DU JURY :

MM AUBRY, Professeur de Clinique médicale.....	<i>Président.</i>
LEBON, Professeur de Thérapeutique.....	} <i>Juges.</i>
BENHAMOU, Agrégé (Médecine) ...	
MONTPELLIER, Agrégé (Anatomie pathologique)	

ALGER.
IMPRIMERIES "LA TYPO-LITHO"
ET JULES CARBONEL RÉUNIES

1935

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. LEBLANC (✳, ✳, I. ✳).
DOYEN HONORAIRE..... HERAIL (✳, I. ✳).
ASSESEUR..... PINOY (✳, I. ✳).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. AUBRY (O. ✳, ✳, I. ✳).
Clinique gynécologique.....	CABANES (✳, ✳, I. ✳).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (✳, ✳, I. ✳).
Botanique et matière médicale.....	FOURMENT (A. ✳, ✳, O. ✳).
Clinique médicale et Hygiène infantile....	GILLOT (I. ✳).
Médecine légale.....	GIRAUD (O. ✳, ✳, I. ✳).
Clinique obstétricale et de puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (✳, ✳, I. ✳).
Anatomie.....	LEBLANC (✳, ✳, I. ✳).
Thérapeutique.....	LEBON (✳, ✳, A. ✳).
Clinique chirurgicale infantile et d'or- thopédie.....	LOMBARD (✳, ✳, I. ✳).
Chimie biologique et médicale.....	MAILLARD (✳, I. ✳).
Pharmacie.....	MUSSO (I. ✳).
Microbiologie et cryptogamie.....	PINOY (✳, I. ✳).
Pathologie générale et Clinique psychia- trique.....	POROT (I. ✳).
Physique médicale.....	PORTES (✳, ✳, I. ✳).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (✳, I. ✳).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (✳, ✳, I. ✳).
Parasitologie et zoologie médicale.....	SENEVET (✳, I. ✳).
Physiologie.....	TOURNADE (O. ✳, ✳, I. ✳).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (✳, ✳, I. ✳).
Chimie générale pharmaceutique et toxico- logie.....	WUNSCHENDORFF (I. ✳).
Clinique ophtalmologique.....	N...
Hygiène, hydrologie et climatologie.....	N...

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (✳, ✳, A. ✳), Agrégé (Histologie)

PROFESSEURS HONORAIRES

M. ARGAUD (✳, ✳, I. ✳). M. HÉRAIL (✳, I. ✳).

CHARGÉ DE COURS

Clinique oto-rhino-laryngologique..... M. H. ABOULKER (✳, ✳, A. ✳).

AGRÉGÉS

Médecine.....	MM. BENHAMOU. (✳, ✳, A. ✳).
Histologie.....	COURRIER (✳, ✳, A. ✳).
Chirurgie.....	DUBOUCHER (I. ✳).
Accouchements.....	FERRARI (I. ✳).
Médecine.....	HOUEL (✳, ✳, I. ✳).
Chirurgie.....	LACROIX (A. ✳).
Anatomie pathologique.....	MOGGI (✳, A. ✳).
Anatomie.....	MONTPELLIER (I. ✳).
Chimie médicale.....	RIBET (✳, A. ✳).
Histoire naturelle pharmaceutique.....	N...
Physiologie.....	N...

AGRÉGÉ LIBRE

Physiologie..... BATTEZ.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni im-
probation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs.



A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

En gage de ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Médecin Inspecteur Général LASNET
Directeur de la Santé Publique en Algérie

*A qui nous sommes profondé-
ment reconnaissant de la grande
bienveillance qu'il nous a témoi-
gnée.*

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur AUBRY
Professeur de Clinique Médicale

*Qui a bien voulu nous témoigner
sa grande bienveillance en nous
faisant l'honneur d'accepter la pré-
sidence de notre jury de thèse*

A MES JUGES

Monsieur le Docteur LEBON

Professeur de Thérapeutique

Qui nous a témoigné un grand intérêt pendant nos études médicales et dont l'enseignement aura été l'une des bases les plus puissantes de notre instruction médicale.

Avec notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur BENHAMOU

Professeur agrégé de Pathologie interne

Nous garderons un souvenir inaltérable des belles leçons auxquelles nous avons pu assister.

En témoignage de la profonde reconnaissance que nous lui devons.

Monsieur le Docteur MONTPELLIER

Professeur agrégé d'Anatomie Pathologique

Qui nous a toujours reçu avec une grande bienveillance dans son laboratoire et sous la direction duquel nous avons pu préparer notre chapitre d'anatomie pathologique.

En gage de notre profonde gratitude.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur A. LEVI-VALENSI

Médecin des Hôpitaux

Qui, nous ayant agréé à deux reprises comme interne dans son service de tuberculeux, nous a fait l'honneur de nous confier le sujet de notre thèse, dont il a bien voulu surveiller la réalisation.

En témoignage de notre profonde et inaltérable reconnaissance.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Au cours de nos deux stages d'Interne dans le service de tuberculeux de notre Maître, Monsieur le docteur A. Lévi-Valensi, notre attention a été attirée sur la fréquence avec laquelle on retrouvait dans les antécédents de ces malades la notion d'accidents syphilitiques ; leur examen clinique nous permettait souvent d'en constater les traces, et parfois même avons-nous pu noter chez eux l'existence de lésions spécifiques évolutives ; la recherche systématique des réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht, faite dans le sang de tous les malades entrant dans le service depuis janvier 1933 a renforcé en nous cette impression de la fréquence de la syphilis chez les tuberculeux pulmonaires.

Par ailleurs, il nous a semblé que la Tuberculose pulmonaire pouvait prendre chez un certain nombre de ces tuberculeux syphilitiques une allure clinique, radiologique et évolutive assez particulière, attribuable peut-être, en partie, à leurs antécédents spécifiques.

Enfin, un fait nous a frappé : c'est que, malgré le nombre des travaux parus sur ce sujet, des oppositions très accusées demeurent encore entre les opinions des différents auteurs qui l'ont étudié.

C'est pourquoi, ayant pu réunir un nombre assez important d'observations de malades entrant dans ce cadre, Monsieur le docteur Lévi-Valensi a bien voulu nous confier le soin de les analyser dans notre thèse

inaugurale et d'apporter ainsi à notre tour une contribution à l'étude de cette question toujours discutée.

Nous devons tout d'abord préciser que nous n'envisagerons ici que la *tuberculose évolutive* des syphilitiques.

Sans doute nous ne nous dissimulerons pas que pour juger rigoureusement de l'action du terrain syphilitique sur le déterminisme de la tuberculose pulmonaire, il conviendrait d'étudier toutes les formes cliniques de tuberculose et de rechercher, pour chacune d'elles la fréquence de l'infection syphilitique.

Mais les observations que nous étudions ici sont celles des malades d'un service hospitalier de tuberculeux présentant tous des formes évolutives; ce recrutement de nos malades écarte donc systématiquement de notre étude de nombreuses formes cliniques de tuberculose: tuberculoses à forme de sclérose dense ou diffuse, d'emphysème, d'asthme, de dilatations bronchiques, etc., dans lesquelles, pour le professeur Sergent, la syphilis est si fréquemment en cause.

Après l'historique de la question, et une fois étudiée la fréquence de la syphilis chez les tuberculeux pulmonaires, nous passerons en revue les différents facteurs étiologiques rencontrés chez les tuberculeux syphilitiques. Dans le chapitre suivant, nous exposerons, d'après les différents pathologistes et d'après nos propres observations les modalités anatomiques, symptomatiques et évolutives. Nous aborderons ensuite l'étude des lésions anatomiques que les différents auteurs ont décrites, et de celles que nous relevons dans les protocoles de nos autopsies, puis, au moyen de ces éléments, nous tenterons une interprétation pathogénique.

Dans un dernier chapitre, nous aborderons la question du traitement.

On trouvera à la fin de ce travail un résumé des 73 observations personnelles qui nous ont permis de porter notre contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire des anciens syphilitiques.

HISTORIQUE

I. - Les conceptions des anciens

L'importance étiologique des maladies vénériennes dans les affections pulmonaires a été entrevue depuis une époque relativement éloignée.

On ignore encore l'ancienneté de la syphilis en Europe et le tableau de la phtisie tracé par Hippocrate et ses successeurs: Arétée de Cappadoce, Galien, etc., semble, malgré sa remarquable précision clinique, pouvoir s'appliquer, aussi bien qu'à la tuberculose pulmonaire, à la dilatation des bronches, à l'emphysème pulmonaire, au cancer du poumon et peut-être aussi à la syphilis pulmonaire.

Mais déjà Paracelse, au XVI^e siècle, en décrivant la « phtisis gallica » considère la vérole comme une cause possible de la phtisie.

Ultérieurement Caesalpinus, au XVII^e siècle, Astruc et Brambilla au XVIII^e siècle, guérissant des phtisiques par le traitement mercuriel en tirent une indication étiologique.

Plus tard, Morton décrit 14 formes de phtisie et soutient que la vérole prédispose à cette maladie.

Bayle, en 1810, réduit le nombre des phtisies à 6, mais dénie à la syphilis une importance étiologique dans leur éclosion.

C'est dans ce chaos que les recherches de Laënnec viennent jeter leur lumière puissante, élargissant brusquement l'horizon de nos connaissances.

A cette époque, où la tuberculose était considérée comme une affection diathésique héréditaire, il put écrire: « Il est au moins probable que les excès, les affections syphilitiques dégénérées, l'abus des préparations mercurielles irritantes, et surtout du sublimé, sont quelquefois la cause occasionnelle du développement des tubercules; mais rien ne prouve que ces causes suffiraient pour en produire chez des sujets qui n'y seraient pas naturellement disposés. »

Et Cruveilhier, Andral, admettent avec lui que la syphilis ne peut être qu'une simple cause favorisante de la phtisie pulmonaire; de même que plus tard en Angleterre, Graves et Stokes.

Ainsi, pendant longtemps encore, la distinction entre syphilis et tuberculose pulmonaire reste imprécise, et l'on continue à ne considérer la syphilis que comme un facteur favorisant de la tuberculose, incapable de créer à lui seul des lésions au niveau des poumons.

Cependant, Bazin, en 1855, serre la question de plus près, et, déniaut à la tuberculose et à la syphilis la possibilité de se combiner comme un acide avec une base, admet que les deux affections peuvent coexister, mais en s'ignorant, sur le même terrain.

Virchow le premier, dans une série de travaux entrepris depuis 1858, décrit d'une façon précise la pneumonie blanche du nourrisson et aussi les lésions syphilitiques du poumon de l'adulte.

Il envisage déjà aussi l'association tuberculose-syphilis et, constatant la présence de lésions caséuses du poumon chez des syphilitiques, il écrit: « La simple coïncidence avec d'autres produits syphilitiques ne saurait être décisive ici, car pourquoi un sujet syphilitique ne pourrait-il pas être atteint de tubercu-

lose pulmonaire ou de pneumonie caséuse? Et pourquoi un phthisique ne pourrait-il pas devenir syphilitique ? ».

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la démonstration de la spécificité de la tuberculose faite par Villemin en 1865, l'isolement de la syphilis du groupe confus des maladies vénériennes, ne permirent pas de faire la part de chacune de ces deux affections dans la pathologie pulmonaire des tuberculeux syphilitiques. Et depuis plusieurs décades, malgré les nombreux travaux faits par des chercheurs d'égale compétence, l'opinion est flottante entre leurs conceptions, souvent opposées, du rôle respectif de ces deux facteurs étiologiques combinés.

Si l'unanimité est à peu près réalisée sur l'influence néfaste des deux premiers stades de la syphilis sur la tuberculose pulmonaire, par contre, son influence, lorsqu'elle est vieillie, reste discutée; on admet tantôt qu'elle se combine avec la tuberculose pour faire un hybride, un « scrofulate de vérole » pulmonaire (Devergy, Leloir) tantôt au contraire on attribue aux deux infections des évolutions indépendantes l'une de l'autre au niveau d'un même organe (Mauriac, Marfan, Bériel, Balzer); dans ces conditions, le terrain syphilitique pour certains auteurs (Potain) favoriserait et aggraverait le développement de la tuberculose; pour d'autres (Fournier, Landouzy, Jacquinet) il aurait sur elle une influence favorable, généralement rapportée à la tendance sclérogène de la syphilis (c'est le « sclérolate de tuberculose » de Landouzy); d'autres enfin (Mauriac, Marfan, Bériel) ne lui reconnaissent aucune action modificatrice, dans un sens ou dans l'autre, sur la tuberculose.

II. - Les contemporains

Quel est à l'heure actuelle, l'état de la question?

Nous devons reconnaître que l'unanimité est loin d'être faite à ce jour. Et nous retrouvons, parmi les contemporains, les mêmes divergences que chez leurs devanciers de la deuxième moitié du XIX^e siècle. Trois sortes d'opinions sont en effet actuellement soutenues: les syphilitiques font des tuberculoses bénignes, scléreuses — les syphilitiques font des tuberculoses plus graves que les non syphilitiques — les syphilitiques ne font pas des tuberculoses différentes de celles des non syphilitiques.

1° Les syphilitiques font des tuberculoses bénignes, scléreuses.

C'est l'opinion la plus vulgarisée à l'heure actuelle en France. Emise autrefois par Landouzy, elle a été surtout reprise par Sergent et son école, et affirmée dans de nombreuses publications.

Dans son ouvrage « Syphilis et Tuberculose » Sergent soutenait déjà, en 1905, que la syphilis a une action sclérogène sur la tuberculose pulmonaire, et lui attribuait de ce fait une évolution bénigne. En 1922, décrivant l'image radiologique de la sclérose pulmonaire des tuberculeux syphilitiques, il déclare qu'elle est « tellement caractéristique, qu'elle évoque immédiatement l'idée de syphilis » et, en 1923, il écrit: « la tuberculose fibreuse prend place au nombre des indices révélateurs de la syphilis et de la para-syphilis. »

C'est aussi l'opinion soutenue, en France, par Dumarest, Piery et Mignot, Lecaplain, Chabbert, Balzer, Le Mer, Roque, Courcoux et Lelong, Hutinel et Kourilsky; en Allemagne par Schlesinger; en Espagne par Alvarez.

2° La syphilis est un facteur de gravité de la tuberculose pulmonaire.

A l'opposé de la conception de Sergent, certains auteurs, prétendent trouver dans la syphilis des tuberculeux un facteur de gravité de leurs lésions pulmonaires.

C'est l'opinion que défendent: en France, Saint-Cyr dans sa thèse; aux Etats-Unis, Habliston et Mac Lane, Carter; au Canada, Kennedy et Lee; en Angleterre, Orszagh.

Il semble qu'en Afrique du Nord, la majorité des auteurs ait une opinion identique. Le docteur Lemaire écrit à ce sujet: « La fréquence des améliorations à la suite du traitement spécifique nous porte à attribuer à la syphilis des effets gravatifs habituels chez des sujets particulièrement sensibles à la tuberculose. » D'autre part, dans sa thèse inspirée par M. le professeur Aubry, Nogué écrit: « Chez les Arabes il est certain que l'on arrive à rencontrer des sujets syphilitiques dont la tuberculose évolue lentement sous la forme fibro-sclérosante. Mais c'est l'exception en comparaison des formes évolutives. » Enfin au dernier Congrès de la tuberculose (Marseille 15-18 avril 1935) Masselot et Bloch ont dit à propos de la tuberculose en Tunisie: « La constatation de tuberculoses fibreuses devrait être courante chez les Indigènes qui sont si souvent frappés et si précocement atteints par la syphilis, ce qui n'est pas. »

3° *Le terrain syphilitique n'influence en rien la tuberculose pulmonaire.*

C'est l'avis d'un grand nombre d'auteurs français et étrangers.

En France, Léon Bernard écrivait en 1923: « Rien ne différencie, à notre sens, la tuberculose fibreuse des syphilitiques des autres; en particulier, les nodules calcifiés, apparents aux rayons X, se rencontrent dans la tuberculose fibreuse aussi bien en dehors de la syphilis que chez les syphilitiques. » Et sur 32 cas de tuberculose chez les syphilitiques, il n'en trouvait que 9 ayant une forme fibreuse.

Sabourin exprimait déjà en 1920 une opinion identique. De même Bezançon et Chevalley, au V^e Congrès de la tuberculose en 1923 concluaient: « La vérole ne favorise même pas le développement de la sclérose pulmonaire. » Après eux, Leroubellet et Petit, écrivaient en 1924: « Il faut le plus souvent admettre simplement que tuberculose et syphilis coexistent sans s'influencer réciproquement. » Deconinck, dans sa thèse en 1924, Salme dans la sienne en 1933, aboutissent à des conclusions analogues.

En Allemagne, Klingenstein, Scholtz, Samson; en Angleterre, Kuhlmann et Olbrechts; en Amérique, Sullivan, Nario, soutiennent la même opinion.

Ces divergences dans l'interprétation des faits cliniques, nous les retrouvons encore dans l'anatomie pathologique, en laquelle certains auteurs ont cherché un critère certain. Et la même incertitude règne actuellement au sujet du traitement: sur son opportunité, son mode d'action, son influence.

De tout ce qui précède on peut conclure que la question est encore bien confuse. Doit-on s'en étonner lorsqu'on songe à la complexité du problème?

Pour apprécier exactement l'influence d'une infection secondaire sur la tuberculose pulmonaire, il faudrait tout d'abord être certain de son activité et pouvoir mesurer l'intensité de son action. Personne ne discute plus aujourd'hui la gravité de la tuberculose des diabétiques; mais, comme pour la syphilis, et pour les mêmes raisons sans doute, on discute encore l'action du paludisme; un ancien syphilitique, un ancien paludéen sont-ils toujours en état d'infection active? Et quel test avons-nous à ce moment pour en mesurer le degré? Et par ailleurs, un tuberculeux ancien syphilitique n'est-il pas fréquemment atteint d'autres infections chroniques (paludisme par exemple) ou de certaines intoxications (éthylisme entre autres) dont l'influence sur la tuberculose demeure elle-même encore controversée?

Peut-être faut-il voir dans ces raisons la cause des opinions contradictoires auxquelles continue à donner lieu la tuberculose des anciens syphilitiques.

FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS CHEZ LES TUBERCULEUX PULMONAIRES

C'est une étude que de nombreux auteurs ont réalisée, mais avec des résultats sensiblement différents. Pour plus de clarté, nous en citerons quelques-uns. dans l'ordre croissant de la fréquence qu'ils attribuent à la syphilis chez les tuberculeux pulmonaires.

Mignot, sur 1.130 tuberculeux de sanatorium, ne retrouve la syphilis que 14 fois, soit 1,33 %; Amend et Koester indiquent une proportion de 3 %; Roque de 4 %; von Jaski la trouve en cause 11 fois sur 209 cas, soit 5,2 %; Alvarez Fernandez, sur 947 tuberculeux, compte 64 syphilitiques, soit 6,48 % dont 60 hommes (11,11 %) et 4 femmes (0,98 %); Scheiber indique le chiffre de 7,3 %; Robinson celui de 7,75 %; Kennedy et Lee, sur 100 lits de tuberculeux auraient en moyenne 7 à 10 malades syphilitiques. Bowmann sur 600 malades de sanatorium a trouvé 9,4 % de réactions de Bordet-Wassermann positives. Schlesinger note une proportion de 9,2 % tuberculeux et de 6,9 % tuberculeuses syphilitiques. Il estime qu'à partir de 31 ans 10 % de tuberculeux sont syphilitiques.

Procédant de façon inverse, Samson a étudié la tuberculose chez 1.360 prostituées de Berlin; 12,5 % de celles qui ont un B.-W. positif seraient tuberculeuses, contre 10,7 % pour celles dont le B.-W est négatif.

Redlich et Steiner trouvent 10,23 % de réactions de Bordet-Wassermann positives chez les tuberculeux. Sullivan sur 1.000 tuberculeux trouve 116 syphilitiques (11,6 %). Habliston et Mac Lane indiquent 14,2 %. Nario sur 5.779 tuberculeux trouve 16,14 % de syphilitiques.

Deconinck, dans sa thèse trouve sur 40 tuberculeux fibreux, 11 syphilitiques certains (27,5 %) et 4 douteux (10 %).

Sergent enfin, étudiant 100 tuberculeux fibreux a trouvé 71 syphilitiques.

En Afrique du Nord, tous les auteurs s'accordent à reconnaître la fréquence extrême de la syphilis chez les tuberculeux; mais il n'a guère été donné de statistique à ce sujet.

Dans son rapport à la III^e Réunion de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales d'Algérie (7 avril 1933), M. le docteur Lévi-Valensi écrit : « Alors que chez l'Européen nous relevons une proportion de... 5,33 % de syphilitiques, chez les tuberculeux indigènes musulmans notre statistique accuse les chiffres de 13,15 pour la syphilis; et là encore, le dépistage des antécédents morbides toujours plus ardu chez l'Indigène que chez l'Européen nous donne à penser que ces chiffres sont chez lui notoirement inférieurs à la réalité. »

Ces pourcentages, établis avant que ne soit systématiquement pratiquée chez tous les tuberculeux la recherche de la syphilis, s'ils objectivaient déjà la disproportion entre l'atteinte syphilitique des tuberculeux Européens et Indigènes sont certainement beaucoup trop faibles. Depuis qu'une enquête minutieuse des antécédents, qu'un examen clinique et sérologique s'efforcent de déceler les syphilitiques tuberculeux, leur nombre s'est notoirement accru.

Déjà dans un travail ultérieur à son rapport (à paraître prochainement) le docteur Lévi-Valensi, sur 50 tuberculeux pris au hasard et chez lesquels il étudie les albumines du sérum, constate qu'il se trouve 13 syphilitiques (soit 26 %).

Nous-mêmes rapportons dans notre thèse 73 observations de tuberculeux anciens syphilitiques. Toutefois, en ce qui concerne l'étude statistique, nous devons en éliminer 16 qui concernent des malades hospitalisés avant janvier 1933, date à partir de laquelle on a systématiquement recherché la syphilis par tous les moyens cliniques et sérologiques chez tous les entrants du service ; de même devons-nous faire abstraction, à ce point de vue, de 5 observations de femmes tuberculeuses et syphilitiques, la recherche des antécédents syphilitiques, toujours difficile chez la femme l'étant encore bien davantage chez l'Indigène musulmane.

Dans ces conditions, notre statistique comporte ainsi 52 observations de tuberculose chez d'anciens syphilitiques pour 243 tuberculeux hospitalisés depuis janvier 1933, soit une proportion de 21,39 %.

De ces 52 malades, 38 sont des Indigènes (sur 134 tuberculeux Indigènes, soit 28 %), 14 sont Européens (sur 109 tuberculeux Européens, soit 12,84 %).

Des divergences présentées par les différentes statistiques que nous venons de rapporter, que conclure en ce qui concerne la fréquence de l'infection syphilitique chez les tuberculeux ?

Il nous apparaît que ces divergences tiennent à plusieurs facteurs :

1° Les auteurs ne se placent pas toujours au même point de vue en ce qui concerne la recherche de la

syphilis: certains d'entre eux ne se rapportent qu'à l'étude des antécédents, d'autres seulement à la sérologie, d'autres enfin se basent sur l'ensemble de ces deux moyens d'investigation.

2° Les auteurs n'envisagent pas tous la même forme de tuberculose: Sergent, Mignot, Deconinck, par exemple, n'ont en vue que la tuberculose pulmonaire fibreuse, ce qui peut expliquer leur pourcentage élevé.

3° Le « matériel d'étude » lui-même est différent. Certains auteurs ont basé leurs travaux sur des observations de sanatorium; d'autres étudient des malades de consultation, ou de service hospitalier: nous sommes dans ce dernier cas.

Par ailleurs, le degré de syphilisation de l'ensemble de la population n'est pas le même dans tous les pays. C'est ce qui explique la proportion élevée de tuberculeux syphilitiques que nous trouvons chez les Indigènes musulmans algériens. M. le professeur agrégé Montpellier écrit en effet: « Il faut avoir toujours présent à l'esprit que la syphilis est d'une fréquence extrême dans la population indigène... On peut admettre comme infiniment probables les pourcentages que donnent pour l'Algérie: Rey, Gémy, Brault, L. Raynaud, de 90 %, Aucaigne, de 80 %, le professeur Gillet de plus de 75 %. Quant à nous, qui n'oublions pas le peu de fréquence des syphilis primo-secondaires chez l'Indigène mûr, la fréquence de la syphilis héréditaire, les contaminations familiales, dont nous sommes assez souvent témoin dans le quartier de la Kasbah, et qu'expliquent surabondamment le mode de vie, le manque d'hygiène et de précautions élémentaires, etc., etc., nous ne sommes pas très éloigné d'admettre

que, passé un certain âge, l'Indigène n'ayant pas été touché par le tréponème à une époque de sa vie, est une exception. »

Si nous rapprochons cette notion de fréquence de la syphilis en Algérie de celle des autres pays: 11 à 15 % en Allemagne (Schlesinger); 10 % en Hongrie et en Angleterre, 16 % aux U.S.A., 17 % en France (Nekam); 15,12 % en Amérique du Sud (Nario) nous sommes plutôt surpris de trouver si bas le pourcentage des Indigènes tuberculeux et syphilitiques, ce que nous expliquerions volontiers par la fréquence des lésions inapparentes et l'infidélité des réactions sérologiques.

ETIOLOGIE

Nous envisagerons successivement les facteurs suivants:

Age des malades,

Sexe,

Race.

Age de la syphilis,

Infections et intoxications chroniques surajoutées,

Lésions organiques concomitantes.

1° - Age des malades

Dans la littérature, nous ne trouvons guère que von Jaski qui ait étudié ce point de vue. Sur 34 malades qu'il a observés, 23 ont commencé leur évolution tuberculeuse avant 30 ans. Dans notre propre statistique, et pour l'ensemble de nos malades, le début évolutif a eu lieu dans 67 % des cas entre 15 et 40 ans.

Mais la proportion n'est pas la même pour l'élément indigène et pour l'élément européen: 74 % de nos tuberculeux syphilitiques indigènes ont vu leur tuberculose évoluer entre 15 et 40 ans contre 52 % seulement d'Européens.

Ces chiffres sont proches de ceux donnés dans son rapport sur « La Tuberculose pulmonaire chez l'Indigène musulman (adulte) » par M. le docteur Lévi-Valensi: cet auteur trouve, en effet, chez les tuberculeux pulmonaires en général: 78 % de débuts évolutifs de 15 à 40 ans chez les Indigènes et 59 % chez

les Européens; ce qui donne à penser que la syphilis n'agit guère comme facteur favorisant, au moins en ce qui concerne l'éclosion de la tuberculose.

2° - Sexe

Pasini Benvegna admet une proportion de deux hommes pour une femme.

Pour les raisons que nous avons déjà indiquées dans le chapitre précédent, notre statistique personnelle ne nous permet pas de discuter ce facteur étiologique.

3° - Race

Nous avons précédemment envisagé ce point de vue. Nous rappellerons simplement ici que la fréquence plus de deux fois supérieure chez l'Indigène que chez l'Européen de l'association syphilis-tuberculose doit être rapportée à l'intensité considérable du degré de syphilisation chez le premier.

4° - Age de la syphilis

Salme, dans sa thèse, indique, sur 42 cas : 14 cas débutant cliniquement moins de 5 ans après le chancre; 10 cas débutant de 5 à 15 ans après cet accident. 18 cas survenant plus de 15 ans après lui.

Alvarez Fernandez trouve : pour une syphilis ancienne de moins de deux ans : 1 cas ; de 2 à 7 ans : 5 cas ; de 7 à 10 ans : 7 cas ; de 10 à 20 ans : 24 cas ; au-dessus de 20 ans : 17 cas.

La majorité des malades que nous étudions étant composée d'Indigènes musulmans, il nous a été difficile dans bien des cas de dater la lésion primaire, dont nous retrouvons pourtant souvent la cicatrice.

Cependant nous avons pu, chez 32 de nos tuberculeux, faire préciser l'âge de la syphilis. Celui-ci varie entre 2 et 38 ans. Quant à la tuberculose, son début évolutif s'est produit dans les 5 premières années de la syphilisation pour 4 cas; de 5 à 15 ans après dans 12 cas, après 15 ans dans 16 cas. Ainsi 16 malades sur 32 (soit 50 %) ont vu leur tuberculose se manifester plus de 15 ans après leur chancre. Là encore, on peut conclure de ces constatations que la syphilis ne réveille pas spécialement l'évolution tuberculeuse.

5° - Infections et intoxications chroniques surajoutées

Paludisme. — La seule infection chronique surajoutée que nous retrouvions avec fréquence dans les antécédents de nos malades est le paludisme: paludisme ancien, paludisme récent, paludisme actuellement évolutif avec présence d'hématozoaires; et il est certain que cette infection chronique notée dans 20 cas sur 73, soit 27,3 %, vient par son activité irrégulière et complexe rendre plus difficile l'étude de l'influence de la syphilis sur la tuberculose.

Ethylisme. — Ce facteur étiologique existe chez 29 de nos 73 malades, soit dans 39,7 % des cas.

Tabagisme. — 23 de nos malades étaient des tabagiques invétérés (31,5 %).

6° - Lésions organiques concomitantes

Foie. — Nous trouvons chez 22 de nos malades une atteinte hépatique, manifestée soit cliniquement, soit biochimiquement (30,1 %).

Rate. — Nous avons également, dans 11 cas (soit 15 %) trouvé une rate hypertrophiée.

Albuminurie. — Elle existait chez 5 malades.

On conçoit ainsi que par leur fréquence, par leur association chez un même malade, tous ces facteurs étiologiques puissent rendre particulièrement délicate l'appréciation du rôle de la syphilis sur le comportement de la tuberculose pulmonaire.

CLINIQUE

I. - Formes cliniques

La tuberculose pulmonaire des anciens syphilitiques présente-t-elle au point de vue clinique des caractères spéciaux?

Nous avons déjà au début de ce travail indiqué les conceptions des différents auteurs à ce point de vue.

Pour rester sur le terrain de la tuberculose évolutive rappelons pourtant que, si pour le plus grand nombre des chercheurs la tuberculose des syphilitiques ne présente aucun aspect clinique particulier, Saint-Cyr, Sullivan, dénoncent cependant sa fréquente gravité, et que Piéry et Mignot décrivent des formes fébriles, hémoptoïques, se présentant avec un syndrome cavitaire sur un terrain fibreux, et avec une extension anormale des lésions: c'est à des conclusions analogues que nous avons abouti.

L'analyse attentive de nos observations nous a conduit aux constatations suivantes:

La tuberculose des anciens syphilitiques ne réalise pas au niveau du poumon une forme clinique que lui soit spéciale: toutes les variétés anatomo-cliniques peuvent s'observer, et les plus banales ne sont pas les moins fréquentes (32,9 % de formes fibrocaséuses communes).

Il nous est apparu cependant que la proportion des diverses formes les unes par rapport aux autres était assez différente de ce que l'on a coutume d'observer en matière de tuberculose pulmonaire. Ceci tient sans

doute, spécifions le tout de suite, à la fréquence et à l'intensité de deux éléments: l'ulcération d'une part, la fibrose d'autre part.

Voici, basée sur leurs caractères cliniques, radiologiques, évolutifs, et parfois aussi anatomiques, la classification des formes observées avec leur pourcentage respectif.

1° FORMES ULCÉROFIBREUSES : 25 cas (34.2 %)

C'est la forme la plus fréquente; elle nous paraît également la plus caractéristique de la tuberculose des anciens syphilitiques. L'ulcération et la fibrose y sont particulièrement accusées: nous trouvons ici des pertes de substance atteignant le volume d'un œuf, d'une pomme, intéressant parfois un lobe, voire même tout un poumon; et la fibrose y est fortement accusée: ombres radiologiques denses, à contours nets, rétractions que l'anatomie pathologique permet parfois de contrôler.

Dans certains cas, la fibrose et l'ulcération sont également marquées.

Dans l'observation n° 4, par exemple, la radiographie (fig. 1) montre à droite, une image en mie de pain de la moitié supérieure du poumon, avec, à ce niveau, une forte attraction de la trachée et du médiastin; dans la moitié inférieure du poumon, un semis de taches nodulaires à contours flous; le diaphragme est surélevé. A gauche on note de fines marbrures parsemées de taches micronodulaires floues.

L'injection lipiodolée montre chez le même malade (fig. 2) une dilatation fusiforme de la trachée, qui est déviée à droite, et, dans la région parahilaire droite, elle dessine une cavité volumineuse et irrégulière (bronchectasie ou caverne?).

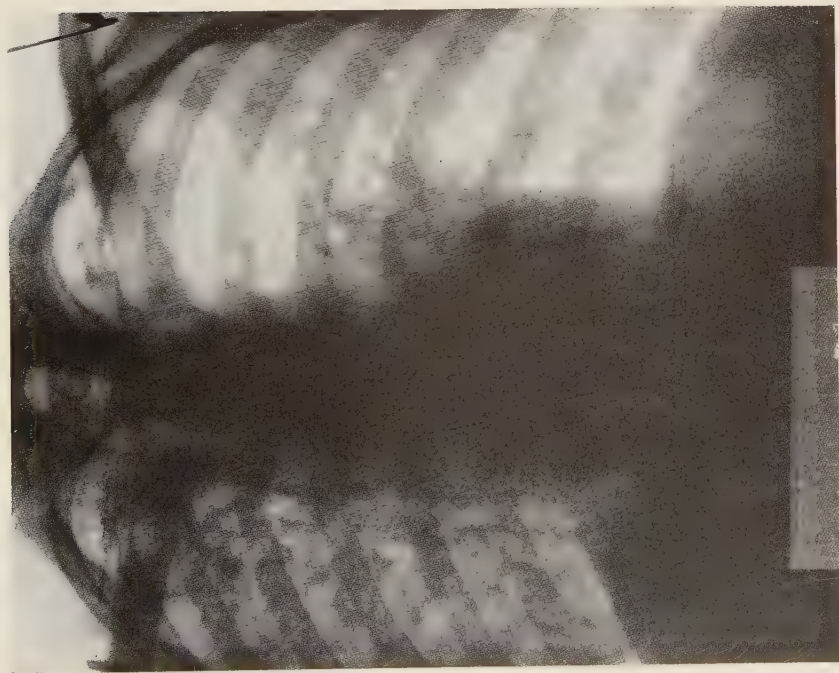


Fig. 1 Obs. 4

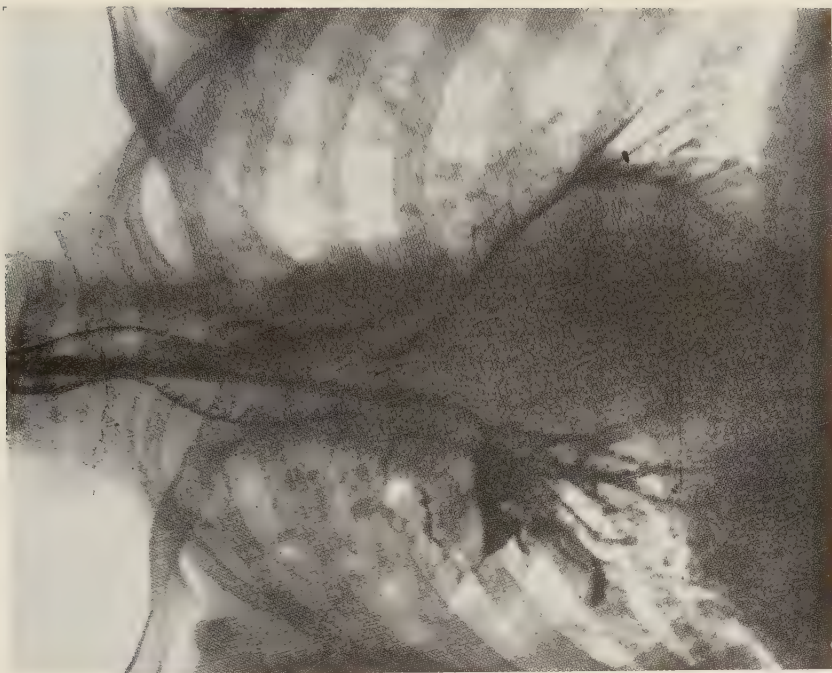


Fig. 2 Obs. 4



Fig. 3 Obs. 17

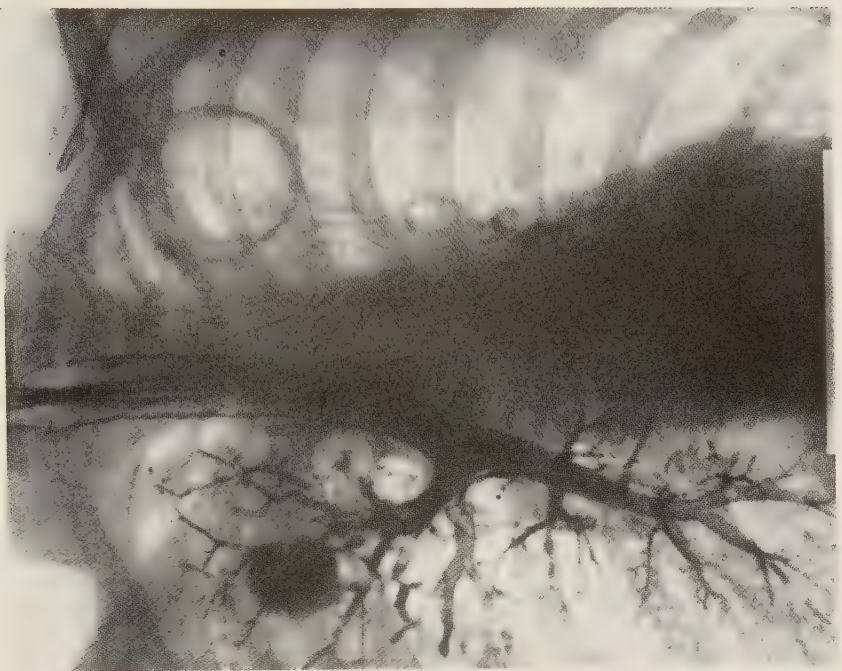


Fig. 4 Obs. 17

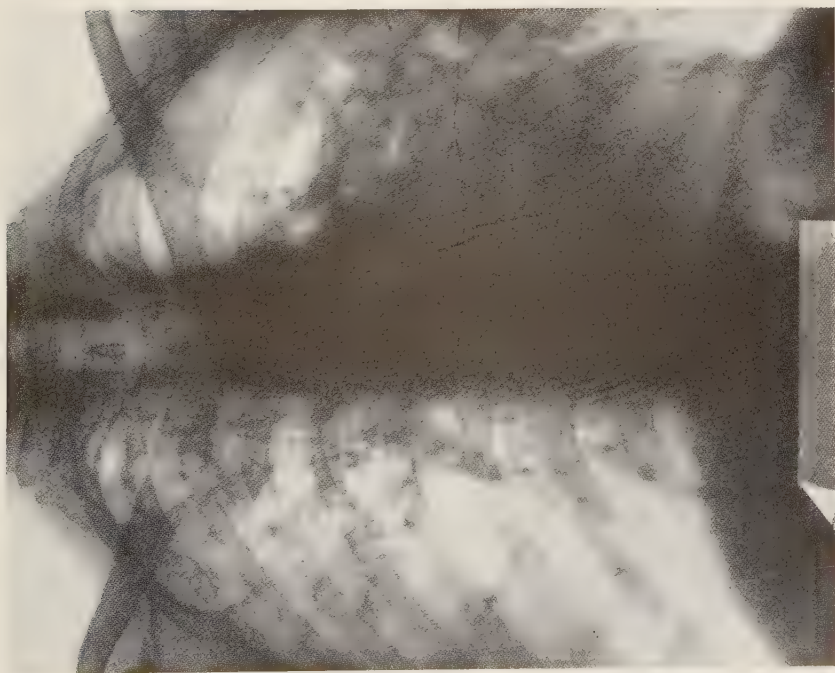


Fig. 5 Obs. 10

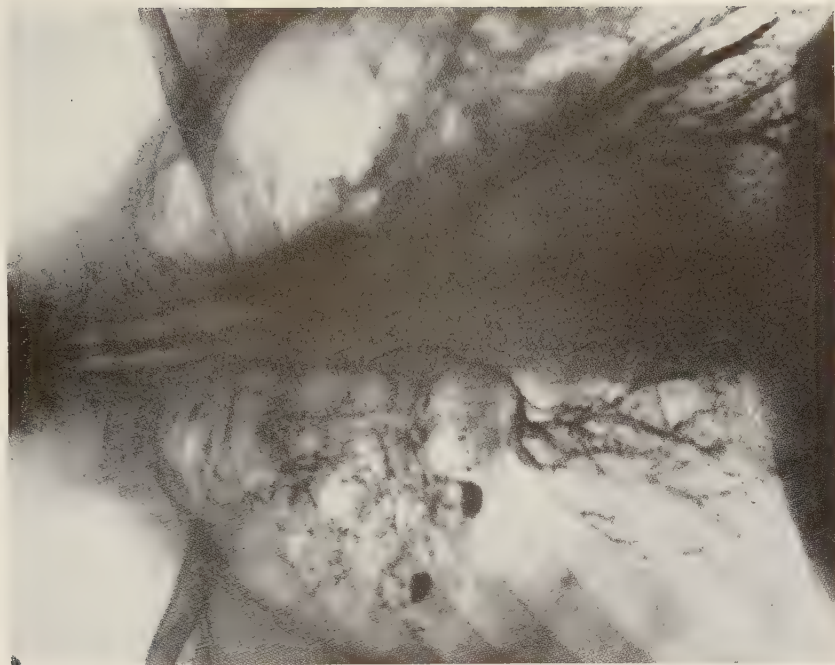


Fig. 6 Obs. 10

Dans d'autres cas, l'ulcération constitue le caractère radiologique dominant.

Parfois elle apparaît au milieu d'un parenchyme sain, la radiographie ne montrant aucune opacité autour de la caverne dont le contour est souligné d'un liseré traduisant la sclérose péricavitaire).

Tel est le cas de l'observation n° 17, où la radiographie (fig. 3) montre, dans un thorax emphysémateux, une caverne finement bordée, du volume d'une pomme, dans l'angle costo-claviculaire droit, et une image identique derrière la clavicule gauche. Partout ailleurs on note une exagération radiologique de la trame. Le lipiodol montre chez ce même malade (fig. 4) des dilatations moniliformes des bronches au voisinage du sommet droit; les bronches inférieures droite et gauche, ainsi que leurs ramifications éloignées sont le siège d'ectasies cylindriques. La caverne du sommet droit contient du lipiodol. Le lipiodol n'a pas pénétré dans la moitié supérieure du poumon gauche.

D'autres fois l'ulcération apparaît au sein d'un parenchyme malade :

A la radiographie du malade n° 10 (fig. 5) on remarque, à gauche, un évidement du tiers supérieur, avec un système de cavernes à bordure nette dans le tiers moyen. Le lipiodol montre chez ce même malade (fig. 6) une trachée et des grosses bronches irrégulièrement déviées et déformées, et des bronchiectasies moniliformes de la base gauche.

La malade de l'observation n° 11 avait une radiographie (fig. 7) qui montrait, à gauche, un hémidiaphragme surélevé de 1 cm. par rapport à celui du côté droit et surmonté d'un niveau liquide occupant presque toute la base. Le long du médiastin, une ombre homogène à bord externe irrégulier semblait limiter une série de spélonques superposées. La trachée était dilatée à sa partie moyenne et convexe à gauche. L'autopsie du malade

montra une grosse caverne scléreuse du sommet droit avec un gros noyau fibreux stellaire. Le poumon gauche était complètement évidé, et contenait, dans une coque pleuropulmonaire, le squelette bronchovasculaire fibrosé.

Parfois enfin c'est la fibrose qui l'emporte sur l'ulcération. Dans ces cas, nos radiographies nous ont montré de petites pertes de substances nettement limitées par des ombres fortement opaques, ou même des cavités plus volumineuses, mais accompagnées d'ombres encore plus nettes, plus accusées, et de rétractions importantes.

2° FORMES ULCÉROCASÉEUSES : 16 cas (24 %)

Ici l'ulcération domine encore, mais au sein d'un processus caséeux. La réaction fibreuse est minime ou inexistante. L'évolution est souvent aiguë. La radiographie montre une cavité volumineuse ou de nombreuses petites spélonques entourées d'ombres plus ou moins floues, et l'absence de rétractions. L'autopsie, lorsqu'elle a pu être pratiquée, a montré l'absence de fibrose.

Par exemple, la radiographie du malade n° 33 montre (fig. 8) à droite une image en mie de pain nettement prédominante dans la moitié supérieure du poumon, avec une cavité du volume d'un œuf sur la ligne axillaire, au-dessus de la scissure; à gauche on trouve une image en mie de pain plus marquée qu'à droite. Ultérieurement ces images s'accroissent.

Dans l'observation n° 28, la radiographie (fig. 9) montre, à droite, des pommelures des deux tiers supérieurs du poumon avec des images cavitaires; à gauche une exagération des images bronchovasculaires avec peut-être l'existence de petites cavités parahilaires.



Fig. 7 Obs. 11

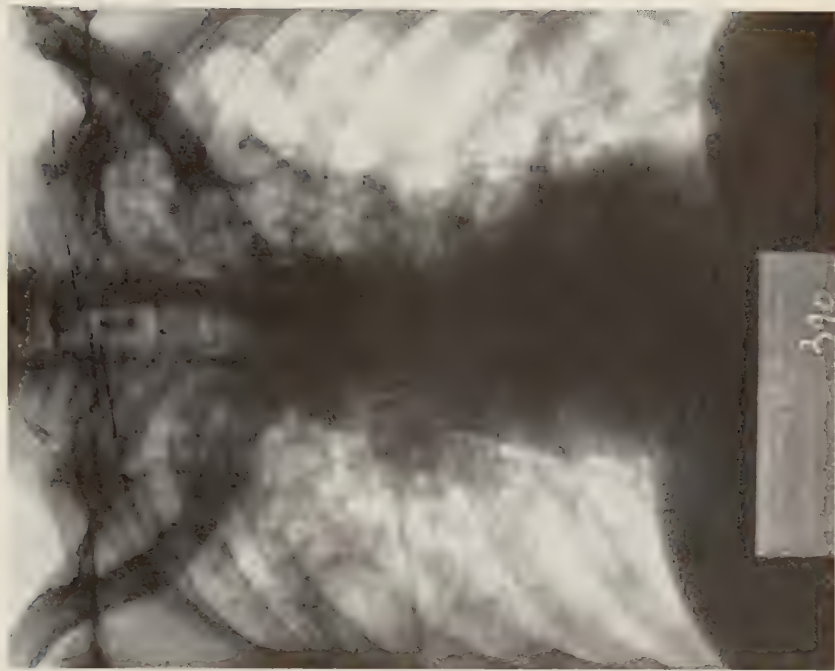


Fig. 8 Obs. 33



Fig 9 Obs. 28



Fig 10 Obs. 47

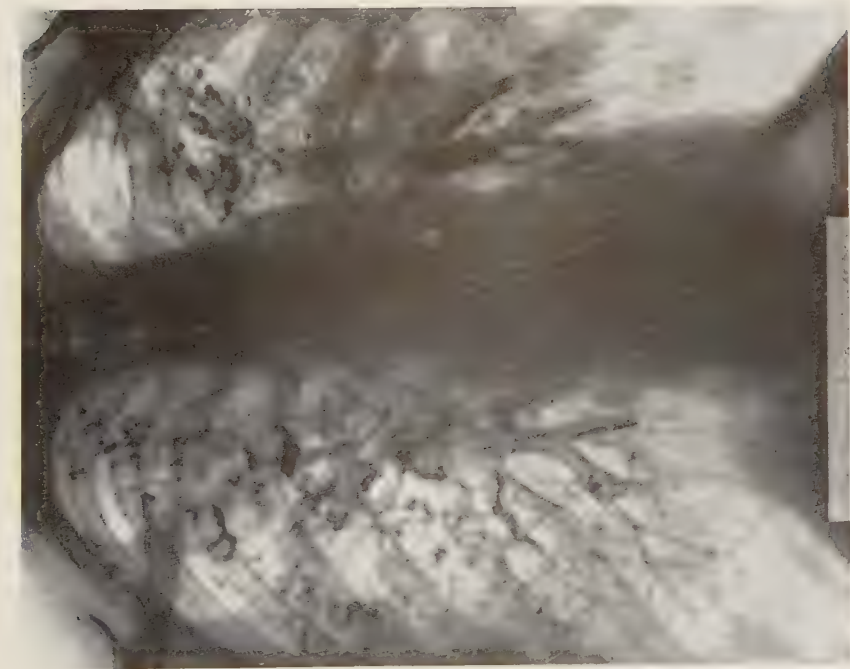


Fig. 11 Cbs 47



Fig. 12 Obs. 50

3° FORMES FIBROCASÉEUSES : 24 cas (32,9 %)

C'est la forme commune de la tuberculose pulmonaire. Elle est caractérisée radiologiquement par un mélange d'ombres plus ou moins denses, plus ou moins floues, par des images en nid d'abeilles, par des cavités plus ou moins nombreuses, sans rétraction fibreuse bien marquée, souvent sur un fond de « tramite » ou de « périlobulite ».

Cependant, même chez ceux de nos malades qui entrent dans ce cadre, nous en trouvons certains chez lesquels l'ulcération ou la fibrose sont particulièrement accusées.

Par exemple, la radiographie du malade n° 47, où la fibrose prédomine, montre (fig. 10) des images cavitaires à bords opaques et nets dans la partie interne des deux lobes supérieurs, avec des arborescences hilaires d'opacité exagérée, et quelques points d'opacité calcaire. Le lipiodol montre (fig. 11) des dilatations moniliformes des bronches sous-claviculaires droites et gauches, et une dilatation cylindrique un peu irrégulière des deux pédicules bronchiques inférieurs.

Chez le malade n° 50, par contre, le cliché montre (fig. 12) une prédominance des ulcérations: à droite, dans les deux tiers supérieurs, une opacité largement excavée; à gauche, image identique entre le hile et la clavicule, avec quelques taches floues au-dessous d'elle.

4° AUTRES FORMES

a) *Formes miliaires*: 4 cas (5,4 %).

Nous entendons sous ce terme des formes qui radiologiquement se manifestaient uniquement par des opacités micronodulaires.

Deux autopsies (Obs. 66 et 68) nous ont montré, là encore, même sous l'aspect de « granulie » l'existence d'une sclérose importante.

b) Nous avons également trouvé deux formes pleuro-pulmonaires fibreuses (Obs. 70 et 71), une forme fibreuse interstitielle (Obs. 72) et une forme caséreuse (Obs. 73).

En résumé, l'étude de nos observations nous a permis de constater que ces deux éléments banaux de la tuberculose pulmonaire, *la fibrose et l'ulcération* ont pris chez nos malades une importance prépondérante : par leur fréquence ; par leur intensité ; par leur précocité d'apparition ; et aussi par certains caractères particuliers : l'ulcération naissant spontanément et s'agrandissant souvent dans un parenchyme clair, la sclérose d'apparition rapide et de tendance excentrique la maintenant béante.

Ces facteurs ulcéreux et fibreux ont quelquefois été encore plus nettement mis en évidence par l'injection intratrachéale de lipiodol. Cette manœuvre diagnostique qui a été pratiquée chez 15 de nos malades sans provoquer d'autre incident qu'une élévation thermique minime et passagère (et seulement dans une minorité des cas) a montré, en outre, des altérations trachéales et bronchiques que MM. Lévi-Valensi, Sudaka et Négri avaient déjà décrites dans une communication à la Société de Médecine d'Alger : « Les altérations bronchiques dépassent largement la zone lésionnelle pour s'étendre le plus souvent à la totalité de l'arbre bronchique, depuis la trachée jusqu'aux bronches terminales... Si les bronches de petit calibre présentaient un degré plus ou moins accentué de dila-

tation cylindrique ou moniliforme, il semble, par contre, que l'atteinte des gros troncs bronchiques, voire même de la trachée, soit prédominante et qu'elle revête, à ce niveau, un caractère franchement ectasiant, rappelant bien volontiers la localisation aortique de la syphilis. »

Il suffit d'examiner les fig. 2, 4, 6 et 11 pour s'en rendre compte.

Ainsi la clinique et surtout la radiologie permettent de reconnaître dans la majorité des cas des lésions ulcéreuses et fibreuses(dont l'expression la plus fréquente est la forme clinique ulcérofibreuse), et des lésions bronchiques particulières qui semblent former une triade symptomatique du terrain syphilitique sur lequel évolue la tuberculose pulmonaire.

II. - Symptomatologie

Après avoir tenté de fixer les aspects anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire de nos malades, nous étudierons ses caractères symptomatiques les plus saillants. Nous envisagerons successivement les signes fonctionnels, les signes locaux, les signes généraux et les signes biologiques.

I. SIGNES FONCTIONNELS

a) *La douleur thoracique*, dont M. le docteur Lévi-Valensi a dit, dans son rapport sur la tuberculose de l'Indigène musulman algérien, qu'elle est « particulièrement précoce et remarquablement constante » existait chez la plupart de nos malades. Mais, du fait de cette fréquence chez les tuberculeux en général elle ne comporte aucune valeur séméiologique en faveur de la syphilis.

b) *La dyspnée*, dont certains auteurs signalent les caractères capricieux, paroxystiques, dans la syphilis pulmonaire (Dietlem, Pasini, Patiño Mayer, Tabelaion) est retrouvée chez 20 de nos malades sous forme surtout de dyspnée d'effort, parfois aussi de décubitus. Dans 11 cas nous avons pu la rattacher à une cause cardiovasculaire nette. Dans les autres cas, elle tenait probablement à l'intensité des lésions respiratoires.

c) *La toux* de nos malades, parfois banale, parfois quinteuse ou émétisante, n'avait aucun caractère spécial qui la distinguât de celle des tuberculeux non syphilitiques.

d) *L'expectoration* était généralement peu abondante; pourtant dans un tiers des cas environ au contraire un liquide muqueux, spumeux, qui augmentait son volume, trahissait un élément d'irritation bronchique.

e) *La bacilloscopie* s'est montrée positive à l'examen direct dans 65 cas. Dans 2 cas elle ne l'a été qu'à l'homogénéisation. Et dans 6 cas la preuve de la tuberculose n'a pu être faite que par l'inoculation au cobaye, voire même par des réinoculations successives. Ce dernier fait nous paraît devoir être expressément noté. Sans le contrôle de ces inoculations et réinoculations ces derniers malades auraient pu être tenus pour des syphilitiques pulmonaires; et l'on a le sentiment que de nombreux cas étiquetés syphilis pulmonaire et dans lesquels l'inoculation au cobaye des crachats n'a pas été pratiquée, ne sont en réalité que des tuberculoses chez des syphilitiques.

f) *Les hémoptysies* chez nos tuberculeux syphilitiques se sont montrées particulièrement fréquentes.

Alors que Jacqueroed estime que chez les tuberculeux en général l'hémoptysie survient chez 30 % des malades du 1^{er} degré, 52 % du 2^e degré et 18 % du 3^e degré, nous retrouvons ce symptôme dans 43 de nos 73 observations (58,90 %) vérifiant ainsi l'opinion de Dieulafoy, Spengler, Altman, Piéry et Mignot, Pasini Benvegnù (cependant Nario n'en trouve de son côté que 24 cas sur 60). Cette fréquence de l'hémoptysie chez nos malades est peut-être à rapprocher de celle des syphilitiques pulmonaires purs, pour lesquels Marfan dit que « l'hémoptysie peu abondante est la règle. »

Quant aux formes qu'elle revêt, nous trouvons : 9 cas de début évolutif par une hémoptysie (Turban indique 10 % des cas chez les tuberculeux en général) 17 malades ayant eu des hémoptysies répétées assez abondantes, 8 ayant eu à plusieurs reprises des crachats hémoptoïques, 5 ayant eu de rares hémoptysies peu abondantes, 4 ayant eu des hémoptysies apyrétiques.

II. SYMPTÔMES GÉNÉRAUX

Chez nos malades la fièvre, l'asthénie, l'anorexie, l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, les insomnies, l'anémie, la tachycardie ont revêtu des caractères comparables à ceux des autres tuberculeux.

De façon générale cependant, et pour des formes radiologiques comparables, l'état général nous a semblé plus altéré chez les tuberculeux syphilitiques que chez les non syphilitiques.

III. LES SIGNES LOCAUX

1^o *Les signes stéthacoustiques pulmonaires*

La grosse majorité de nos malades présentait à l'auscultation un syndrome cavitare, que venait con-

firmer la radiologie. Cependant dans quelques rares cas, le film nous a montré l'existence d'images cavitaires incontestables non décelables par l'auscultation. C'était en général des lésions centrales, ou rendues muettes par un matelas d'emphysème. Nous n'avons trouvé que dans 6 cas un syndrome pleurétique surajouté.

2° *Les localisations radiologiques*

A la radiographie nous avons pu dénombrer :

- 6 formes unilatérales droites,
- 3 formes unilatérales gauches,
- 43 formes bilatérales à prédominance droite,
- 12 formes bilatérales à prédominance gauche,
- 9 formes bilatérales sans prédominance.

Nous voyons ainsi la grande prédominance des lésions à droite.

De plus, les lésions se sont, dans une grande majorité des cas, montrées plus importantes dans la partie supérieure des poumons : 37 fois à gauche et 58 fois à droite, avec, dans 15 cas, une limitation lobaire nette des lésions du sommet droit, la lobite restant pure dans 3 cas, et débordant dans le reste du poumon ou le poumon opposé dans 12 cas. Une fois la radiographie nous a paru déceler une localisation lobaire inférieure droite.

Dans quelques cas, des films en série nous ont montré la localisation primitive du poumon droit suivie d'un ensemenement parahilaire ou intereleidohilaire gauche.

Enfin chez 7 de nos malades nous avons noté la présence en plein parenchyme d'opacités radiologiques denses, de type fibrocalcaire telles que les décrit Sergent dans la tuberculose fibreuse des syphilitiques.

3° *Les autres lésions viscérales*

22 de nos malades avaient une hépatomégalie dont il était difficile de fixer l'étiologie précise. De même nous avons noté 11 splénomégalias et 6 fois une albuminurie parfois très abondante. Mais toutes ces lésions ne semblent guère avoir imprimé une allure particulière à l'évolution de la tuberculose.

Nous citerons accessoirement des lésions aortiques (10 cas); nerveuses: signes d'Argyll-Robertson, exagération des réflexes tendineux, etc. (4 cas); des lésions cutanées (gommès), muqueuses (leucoplacîe buccale) ou des cicatrices incontestables de lésions spécifiques primaires, secondaires ou tertiaires, ayant souvent contribué à orienter notre diagnostic de syphilis.

IV SIGNES BIOLOGIQUES

a) *La cuti-réaction à la tuberculine* a été pratiquée chez 18 de nos malades. Elle a été :

- Négative dans 1 cas,
- Douteuse dans 2 cas,
- Légèrement positive dans 8 cas,
- Positive dans 4 cas.
- Fortement positive dans 3 cas.

Il ne nous a pas semblé que la cuti-réaction tuberculinique ait eu, chez nos malades une valeur pronostique sérieuse. C'est ainsi que ceux d'entre eux à cuti-réaction franchement positive se sont aggravés ou sont morts, tandis que ceux dont la cuti-réaction était légèrement positive se sont pour la plupart améliorés et que les douteux et négatifs se sont eux aussi aggravés manifestement.

Le dosage des protides sériques a été pratiqué 13 fois: 8 fois chez des tuberculeux anciens syphilitiques, 7 fois chez des tuberculeux à la fois anciens syphilitiques et anciens paludéens ⁽¹⁾.

Par comparaison avec les chiffres obtenus chez les tuberculeux purs (indemnes de syphilis ou de paludisme) les résultats de ces recherches (qui doivent faire l'objet d'un travail ultérieur de MM. Lévi-Valsens et Gille) permettent à ces auteurs de conclure que :

1° Les modifications de l'équilibre protidique du sérum ne sont guère différentes chez les tuberculeux anciens syphilitiques de celles qu'on observe chez les tuberculeux pulmonaires en général.

2° L'association du paludisme à la syphilis peut imprimer aux albumines sériques des tuberculeux un déséquilibre plus profond que chez ceux indemnes de ces deux infections surajoutées.

Quant à la réaction de Besredka, elle n'a jamais été pratiquée chez nos malades. Nous nous contenterons donc de rapporter l'opinion de MM. Lemaire et Thiodet, pour qui « chez les tuberculeux, la syphilis ne paraît influencer que très rarement la réaction dans le sens positif. »

III. - Evolution

Au point de vue de l'évolution générale de la tuberculose l'anamnèse et les signes généraux nous ont permis de dénombrer, chez nos 73 malades, 44 fois

(1) Nous devons à M. Gille, que nous remercions ici, les résultats des dosages publiés dans nos observations.

une évolution chronique (60,2 %), 17 fois une évolution subaiguë (23,2 %) et 12 fois une évolution aiguë (16,4 %).

Chez les premiers, l'évolution, qui avait débuté parfois quelques mois, parfois plus de 20 ans avant leur hospitalisation, datait en moyenne de 3 ans.

Les malades atteints de formes suraiguës avaient ressenti environ 5 mois avant leur hospitalisation les premiers symptômes d'une tuberculose déjà très évoluée. Quant à ceux dont l'évolution fut aiguë, ils avaient généralement été atteints de façon brutale quelques jours, rarement plus de trois mois avant leur entrée dans le service, et leur radiographie antérieure datait déjà à ce moment des dégâts considérables.

C'est chez ces derniers que nous avons relevé le plus souvent une atteinte profonde de l'état général (10 fois sur 12) de même que chez ceux qui avaient des lésions d'évolution subaiguë (14 fois sur 17).

Nous avons relevé la plus grande proportion de décès (7 fois sur 12) dans les formes aiguës, tandis que les formes subaiguës et chroniques se montraient moins meurtrières (5 fois sur 17 pour les formes subaiguës; 10 fois sur 44 pour les formes chroniques).

Ainsi nous relevons dans notre statistique une proportion de 29,6 % de formes fortement évolutives (aiguës ou subaiguës). Ce taux, rapproché de celui auquel on estime en général la fréquence de ces formes (10 %) pourrait à première vue paraître élevé. Cependant M. le docteur Lévi-Valensi, dans un travail antérieur, estimait leur fréquence à 44 % chez les Européens et à 66 % chez les Indigènes en Algérie, et M. le docteur Lemaire indique, de son côté, le taux de 85 %.

Nous pouvons donc en conclure que les formes aiguës, subaiguës et chroniques de la tuberculose s'observent chez les anciens syphilitiques dans une proportion comparable à celle des non syphilitiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'anatomie pathologique de la tuberculose pulmonaire des syphilitiques n'a pas fait l'objet d'autant de recherches que la tuberculose pulmonaire pure, ou même que la syphilis pulmonaire, elle n'en a pas moins été étudiée par un certain nombre de pathologistes parmi lesquels notamment Tripier, Bériel, Balzer, Mauriac, Marfan, Letulle, Sergent et ses collaborateurs, Bezançon et Chevalley, etc. Tous ces auteurs s'accordent sur un même point, et leur opinion peut se résumer dans cette phrase de Sergent: « Il n'y a jamais hybridité de lésions, au sens strict du mot, mais seulement et toujours hybridité de terrains, avec intrication et juxtaposition plus ou moins étroite ou lointaine des lésions. »

Plus récemment, dans un travail présenté à la réunion de la Fédération des Sociétés des Sciences médicales d'Algérie, MM. Montpellier, Lévi-Valensi, François et Laffargue, étudiant les formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire chez l'Indigène algérien musulman, insistent sur certains caractères histologiques relevant pour eux de l'atteinte syphilitique du poumon.

1° Fréquence et importance des lésions vasculaires sanguines, allant souvent jusqu'à l'oblitération totale, avec hyperélastigénèse fréquente;

2° Caractères particuliers de la caséification non précédée de réaction exsudative, entourée d'une gaine de sclérose simple, peu riche en éléments inflammatoires;

- 3° Gravité des lésions bronchiques, avec parfois pachybronchite;
- 4° Anthracose minime;
- 5° Hyperélastigénèse, surtout des parois vasculaires;
- 6° Pneumonie interstitielle d'aspect syphilitique;
- 7° Métaplasie cubique du revêtement alvéolaire;
- 8° Hypergénèse neurogène et myogène.

Nous avons pu pratiquer 9 autopsies (Obs. 2, 11, 12, 27, 34, 35, 66, 68, 72) dont 6 ont été suivies d'examen histologique (Professeur agrégé Montpellier).

Retrouvons-nous dans les poumons de ces tuberculeux la marque de la syphilis, sous la forme des lésions décrites par Virchow, Tripier, Bériel, Balzer, Marfan, Letulle, Sergent et Durand, Benda, de Jong, Favre, etc.

On sait qu'au niveau des conduits aériens la syphilis toucherait surtout la trachée, à ses deux extrémités, de même aussi que les gros troncs bronchiques, le processus scléro-gommeux déterminant toute une série d'ectasies ou de sténoses. Quant aux lésions pulmonaires, elles seraient généralement unilatérales et siègeraient de préférence à droite, dans la moitié ou le tiers inférieur de l'organe. Récemment pourtant, Béthoux, Dalsace, Raybaud et Jouve, Stoichitza et Cretzu ont rapporté d'assez nombreux cas de syphilis pulmonaire du sommet, voire de lobite supérieure droite syphilitique. Ces lésions se présenteraient le plus souvent sous la forme du poumon ficelé par une sclérose parfois ardoisée (Balzer), parfois blanche (Manca), prenant parfois la forme de cicatrices stellaires.

La plèvre, sclérosée, serait souvent symphysée, soit en totalité, soit par placards.

Les ganglions médiastinaux seraient en général hypertrophiés, le plus souvent grisâtres et de consistance pierreuse.

Quant au médiastin lui-même, il serait le siège d'une sclérose dense dans le voisinage des lésions.

Chez nos malades, l'examen anatomique n'a pas systématiquement porté, à vrai dire, sur la trachée et sur les gros troncs bronchiques. Mais la bronchographie lipiodolée a parfaitement objectivé ces différentes altérations. Nous y avons déjà insisté plus haut (voir p. 42).

Nous avons aussi marqué plus haut (voir p. 46) les localisations lésionelles au niveau des poumons, et nous avons insisté sur la fréquence des localisations hautes, dont on sait aujourd'hui la possibilité et la fréquence dans la syphilis.

Très fréquemment les poumons étaient, à la coupe, particulièrement scléreux: dans l'observation n° 12 on trouvait une importante fibrose blanchâtre. De même l'autopsie du malade n° 11 nous a permis de trouver dans le sommet droit un gros nodule fibreux stellaire. Mais de plus, nous y avons souvent noté des cavernes volumineuses allant jusqu'à l'évidement lobaire (Obs. 34) ou même jusqu'à l'évidement de tout un poumon (Obs. 11). Quant aux plèvres, elles étaient le plus souvent symphysées en totalité ou en partie.

L'histologie de la syphilis pulmonaire demeure toujours discutée, certains auteurs (Huguenin, Foulon et Albot) (déniant toute spécificité à des lésions dont la valeur diagnostique, en ce qui concerne la syphilis, paraissait bien établie, et les retrouvant, en particulier, dans des poumons purement tuberculeux.

Cependant l'association dans un même poumon d'un certain nombre de lésions à caractères histologiques particuliers conserve toujours, en faveur du diagnostic de la syphilis pulmonaire, une valeur, sinon de

certitude, du moins de haute présomption, et, synthétisant les tendances actuelles, Romand-Monnier écrit dans sa thèse :

« Considérées isolément, les lésions histologiques n'ont que très exceptionnellement un caractère véritablement spécifique. Mais par leur association, elles réalisent certains aspects très particuliers à la syphilis. »

On sait qu'il faut attribuer à la syphilis trois tendances principales :

1° L'importance des lésions bronchiques (Letulle, Lhermitte, Benda), atteignant d'une façon désordonnée tous les éléments de la bronche, donnant parfois de la pachybronchite (Favre).

2° La fréquence des vascularites, souvent oblitérantes, avec sclérose hyperélastigène, et sclérose périvasculaire importante.

3° L'intensité de la sclérose : surtout péribroncho-vasculaire, mais aussi pleurogène et interlobulaire, ou encore formant des îlots intralobulaires.

Accessoirement il faut noter la transformation cuboïde de l'épithélium alvéolaire, l'hyperélastigénèse, etc.

Ces lésions, que MM. Montpellier, Lévi-Valensi, François et Laffargue avaient déjà notées sur les poumons des tuberculeux qu'ils avaient étudiés, nous les retrouvons encore dans nos protocoles nécropsiques.

En voici de particulièrement démonstratifs :

OBSERVATION n° 35. — Diagnostic clinique : tuberculose pulmonaire ulcérocaséuse aiguë.

Autopsie. — Poumon droit : adhérent partout et surtout au sommet. Lobe supérieur : système de cavernes nette-

ment limitées, entourées d'une mince coque scléreuse. Dissémination de granulations acineuses, confluentes en masse sur le bord antérieur. Lobe moyen: quelques petites granulations acineuses. Lobe inférieur: dissémination en corymbes de granulations caséuses.

Poumon gauche: symphyse lâche du cul-de-sac costo-diaphragmatique dont les deux feuillets, congestionnés, présentent des granulations plates lenticulaires. Symphyse lâche de tout le poumon, plus serrée au sommet. Lobe supérieur: petit système caverneux, avec reliquat de l'hémoptysie mortelle(on ne retrouve pas le vaisseau qui a saigné). Lobe inférieur: granulations caséuses en corymbe, surtout dans la zone corticale.

Trachée et grosses bronches macroscopiquement normales. Ganglions médiastinaux assez volumineux, lardacés, avec quelques points de caséification sèche.

Abdomen. — *Péritonite* diffuse plastique avec grosses granulations caséuses. Dans le petit bassin: abcès enkystés autour de perforations du grêle.

Rein gauche. — Quelques granulations caséuses.

Au microscope. — 1° *Fragment de poumon:* deux vaisseaux à paroi entièrement épaissie et infiltrée tendant vers la sclérose. Tout autour de ces vaisseaux: tissu conjonctif scléreux à trousseaux de collagène épais, avec, par endroits, des dilatations vasculaires importantes. A leur voisinage, quelques îlots de dégénérescence hyaline. Ilots de sclérose intralobulaire. Deux bronches gravement atteintes, disloquées par un infiltrat lymphoplasmocytaire et parsemées de follicules tuberculeux caractéristiques. Autour, le poumon est à l'état de fonte caséuse, avec, par endroits, une importante réaction fibroblastique tendant à la sclérose.

2° *Fragment de bronche moyenne:* grosse sclérose vasculaire avec néocapillaires. Infiltration lymphoplasmocytaire. Epithélium bronchique détruit ou proliféré par endroits. Flaques de myosite avec proliférations nucléaires. Le cartilage paraît normal.

Foie. — Lésions d'hépatite scléreuse à prédominance périlobulaire.

Surrénale. — Néoformations conjonctives jeunes au centre, plus anciennes à la périphérie.

OBSERVATION n° 66. Diagnostic clinique et radiologique: Tuberculose pulmonaire miliaire chronique.

Autopsie. — Macroscopie:

Les deux plèvres sont symphysées.

Les poumons, dont le parenchyme est splénisé, présentent à la coupe de nombreuses granulations d'aspect cartilagineux, paraissant localisées dans le tissu interstitiel, disséminées aux bases, tendant à la conglomération vers les sommets qui forment des blocs durs. Elles tendent à la caséification au sommet gauche. Pas de cavernes. Le larynx présente des ulcérations sur sa face interne. Quelques gros ganglions mésentériques non caséifiés.

Microscopie :

Quelques plages caséeuses circonscrites par des formations folliculaires et d'épais noyaux de sclérose. Sclérose vasculaire avec gros foyers de périvascularite. Présence d'une grosse veine thrombosée. Ilots de sclérose intralobulaires, circonscrits de cellules géantes sans évolution vers le stade de caséification. La sclérose semble avasculaire par endroits. On note une anthracose minime, siégeant le long des voies lymphatiques autour des amas de sclérose.

Une grosse bronche en partie nécrosée et suppurée (infiltration lymphoplasmocytaire), en partie intacte. Une bronche moyenne intacte.

OBSERVATION n° 68. — Diagnostic clinique et radiologique: Tuberculose pulmonaire miliaire subaiguë.

Autopsie. — Macroscopie :

Plèvre droite: quelques adhérences, quelques centilitres de pus à la base.

Poumon droit: scissures libres. Légère congestion du parenchyme. Nodules miliaires caséeux groupés en corymbes. Par endroits: confluence pseudolobulaire. Caverne scléreuse du volume d'une noix dans la partie moyenne du lobe supérieur.

Plèvre gauche: adhérences plus marquées qu'à droite, surtout au sommet.

Poumon gauche: nodules caséux groupés en corymbes, plus nombreux qu'à droite, dans un parenchyme très congestionné. Pas de cavernes.

Symphyse péricardique totale.

Intestins: quelques tubercules caséux.

Ganglions mésentériques du volume d'une noix, caséux.

Microscopie :

Coupe de paroi de caverne sclérosée.

1° Amas caséux, entouré lui-même de nombreuses cellules géantes avec réaction lymphocytaire et anthracose importante. Peu de formations folliculaires.

2° Alvéolite, au voisinage des nodules caséux. Forte desquamation macrophagique. Fibrine abondante; peu de lymphocytes et de polynucléaires. Parois alvéolaires épaissies, scléreuses, contenant des vaisseaux sclérosés, dilatés, gorgés de sang, et des canaux lymphatiques anthracosiques.

3° Nappes de sclérose mutilante, à cheval sur plusieurs alvéoles, tatouées d'anthracose.

4° Plages d'emphysème avec sclérose.

5 Bronchite très mutilante, avec disparition à peu près complète de l'épithélium, et destruction avancée de la paroi.

Les comptes rendus anatomopathologiques des autres autopsies se trouvent à la fin de ce travail, avec les observations n° 3, 4, 19, 27, 34, 72. Ils relatent pour la plupart l'existence de lésions comparables à celles que nous venons de rapporter sauf celui de l'observation 27, qui est celle d'une phtisie aiguë.

En résumé, nous retrouvons dans la tuberculose pulmonaire des anciens syphilitiques, trois éléments macroscopiques importants:

La fibrose, l'ulcération, les altérations de la trachée et des bronches, et trois caractères histologiquement fréquents :

La vascularite, la sclérose, les lésions bronchiques.

PATHOGÉNIE

Comment peut-on expliquer le caractère souvent assez spécial que prend la tuberculose chez les anciens syphilitiques?

L'anatomie pathologique extériorise parfois les facteurs locaux de cette orientation: la vasculite particulièrement fréquente, particulièrement intense nous paraît devoir expliquer dans une large mesure la fréquence et l'intensité de l'élément ulcéreux, qui tiendrait peut-être davantage ici à un processus nécrobiotique qu'à une caséification tuberculeuse vraie.

MM. Montpellier, Lévi-Valensi, François et Laffargue, notant la fréquence et l'importance des vasculites oblitérantes dans les coupes de poumon tuberculeux d'anciens syphilitiques, écrivent à ce propos: « L'origine tuberculeuse de pareille vasculite paraît peu vraisemblable. En la voyant, on songe immédiatement à ces oblitérations veineuses systématiques, que l'on trouve si souvent au cours de la syphilis évolutive. C'est ensuite que l'on se garde difficilement, en les étudiant, du sentiment que ces lésions jouent un rôle important dans la nécrose caséifiante. Elles évoquent la pathogénie vasculaire et infarctoïde que M. le professeur Favre et ses élèves ont relevée dans les fontes gommeuses syphilitiques, rénales, hépatiques ou autres. »

Et si l'on admet, avec Ameuille et Lemoine l'origine artérielle de certaines bronchiectasies (par thrombose des artères bronchiques) on n'est guère surpris de trouver ici des altérations particulièrement étendues des conduits aériens.

Quant à l'élément fibreux, il paraît, lui aussi, d'après les caractères histologiques de la sclérose relevés sur nos comptes rendus, devoir être directement rapportés à l'infection syphilitique.

D'autre part, chacun s'accorde à penser que les facteurs généraux jouent chez les tuberculeux syphilitiques un rôle incontestable dans le déterminisme de la tuberculose. Mais il est plus difficile de préciser ces facteurs, et leur mécanisme d'action.

Un premier point est actuellement acquis: les recherches récentes de V. Monteanu ont établi que *in vivo* comme *in vitro*, le sérum des syphilitiques n'exerce sur le développement du bacille de Koch aucune action empêchante.

Doit-on prendre en considération les modifications des albumines du sérum chez les tuberculeux syphilitiques?

C'est l'hypothèse que soulève Nogué, dans sa thèse inspirée par M. le professeur Aubry, où, rapprochant le taux de ces albumines chez les tuberculeux et chez les syphilitiques, et y trouvant des modifications identiques (abaissement de la sérinémie, augmentation de la globulinémie, diminution ou inversion du coefficient S/G) en conclut que la syphilis préparerait ainsi un terrain favorable à la tuberculose.

Chez nos tuberculeux syphilitiques, au moins chez ceux qui sont indemnes de paludisme, il ne nous a pas paru (voir p. 48) que la syphilis ait imprimé des modifications bien accusées aux albumines sériques. Et, d'une façon générale, il semble bien qu'on doive trouver dans les modifications des protides sanguins non pas la cause, mais seulement le reflet de la gravité d'une infection.

Plus souvent on a fait intervenir les modifications possibles de l'allergie tuberculeuse sous l'influence de l'infection syphilitique. Mais là encore, les résultats sont assez discordants. Un certain nombre d'auteurs (Lelong et Rivallier, Tarentelli, Schulmann, etc.) admettent l'existence chez les syphilitiques d'une anergie tuberculeuse (appréciée par la cuti-réaction ou l'intradermo-réaction à la tuberculine) et qui expliquerait pour eux la gravité de la tuberculose chez les syphilitiques.

Cependant, Rist estime que la syphilis n'est pas anergisante. Et, par ailleurs, en Afrique du Nord, Hanoune, dans sa thèse inspirée par M. le professeur agrégé Montpellier, trouve chez les syphilitiques tertiaires une réaction hyperallergique à la syphilis, tandis que Abulker, dans sa thèse inspirée par M. le professeur Lacroix, trouve chez eux des cuti-réactions à la tuberculine tellement discordantes qu'il leur dénie tout intérêt.

C'est l'opinion à laquelle nous aboutissons par l'étude des résultats des cuti-réactions pratiquées chez nos malades.

Au total, si les facteurs locaux (artérite, sclérose) de la tuberculose des syphilitiques, objectivés par l'anatomie pathologique, ne sont pas niables, les facteurs généraux qui en font souvent la gravité restent obscurs. D'une façon plus générale on pourrait peut-être concevoir, suivant l'hypothèse émise par M. le docteur Lévi-Valensi, que le système réticuloendothélial, préalablement lésé par l'infection syphilitique, ne soit pas ici en état de réagir efficacement contre l'infection tuberculeuse.

TRAITEMENT

Nous étudierons successivement dans ce chapitre :

1° Le traitement de la tuberculose des syphilitiques par la collapsothérapie et la chrysothérapie.

2° Le traitement spécifique de la syphilis chez les tuberculeux.

3° Le traitement chimiothérapique mixte antituberculeux et antiluétique.

1° - Traitement de la tuberculose

A. LA COLLAPSOTHÉRAPIE

Elle ne semble pas avoir fait l'objet de recherches particulières dans le cadre de notre étude. Nous nous contenterons de rapporter nos propres observations.

1° *Le pneumothorax artificiel*

a) *Les indications et les réalisations:*

Des 73 malades que nous étudions, 14 seulement ont paru relever du traitement par cette méthode (19,1 %) et le pneumothorax chez eux n'a pu être mis en œuvre que 9 fois; c'est dire que dans plus d'un tiers des cas il a été irréalisable. Ce premier fait nous paraît digne d'être souligné, en particulier si on compare ces chiffres à ceux que nous obtenons

pour l'ensemble des tuberculeux du service: pneumothorax indiqué dans 20 % des cas, et irréalisable seulement 1 fois sur 10.

b) *Les résultats:*

Les résultats immédiats ont été les suivants:

Sur les 9 pneumothorax réalisés,

1 fois de collapsus pulmonaire a été total (Obs. 9) ;

6 fois il n'a été que partiel (Obs. 36, 37, 38, 51, 52, 62) et dans 4 de ces cas, il existait au niveau des lésions une symphyse pleurale assez étendue (Obs. 36, 37, 51, 52).

2 fois enfin une réaction liquidienne très précoce ne nous a pas permis de juger de façon suffisamment précise la valeur du collapsus pulmonaire (Obs. 27 et 31).

D'autre part, un fait nous a frappé: la rigidité fréquente du poumon: dans bien des cas, en dépit d'un décollement suffisant, le poumon ne réduit guère son volume et conserve des cavités béantes, au sein de son parenchyme densifié, malgré des insufflations très poussées dont le seul effet est de provoquer le déplacement transversal de l'organe. Les observations 36, 52 et 62 sont à ce point de vue extrêmement probantes.

L'évolution ultérieure de ces pneumothorax n'a pu être étudiée avec un assez grand recul. Cependant, d'ores et déjà nous pouvons noter les résultats suivants:

Deux fois (Obs. 38 et 62) le pneumothorax a paru avoir une influence favorable sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, en dépit d'une réaction liquidienne qui s'est produite dans les deux cas: la malade de l'observation n° 62 est régulièrement réinsufflée et

va bien. Dans l'observation n° 38, le malade très amélioré par son pneumothorax à l'hôpital, fut traité quelque temps en ville, et hospitalisé à nouveau ultérieurement, mais avec un épanchement surinfecté de staphylocoques, dont il est mort 5 mois plus tard.

Dans 6 cas le résultat a été mauvais dès le début: le malade de l'observation n° 9 a présenté une forte dyspnée après 10 insufflations et son pneumothorax, destiné d'ailleurs à être bilatéralisé, dut être abandonné. Les pneumothorax des malades n°s 36, 37, 51 et 52 qui ne collaient pas les lésions, le poumon étant symphysé à leur niveau, ont été suivis d'une aggravation de celles-ci, et abandonnés. Le malade n° 31 mourut 2 mois après l'institution du pneumothorax, d'une poussée évolutive.

Enfin, le malade n° 27 qui présenta des troubles psychiques ne put être suivi.

Fréquence des symphyses totales, empêchant toute réalisation du pneumothorax, fréquence des brides étendues et d'adhérences importantes; fréquence de la rigidité pulmonaire, rendant difficile un collapsus effectif; fréquence des réactions pleurales, témoins probables de perforations pulmonaires plus ou moins franches, telles sont les particularités que nous semblent comporter nos observations.

Autant de raisons pour que le pneumothorax, d'ordinaire si efficace, ne donne chez ces malades que des résultats médiocres.

2° *La phrénicectomie*

Elle a été pratiquée chez trois malades pour lesquels le pneumothorax ne pouvait être réalisé. L'un d'eux (Obs. 11) était atteint d'une tuberculose ulcé-

rofibreuse d'évolution subaiguë avec une vaste cavité du sommet droit. Un autre (Obs. 60) était atteint d'une forme fibrocaséuse chronique bilatérale à prédominance droite, avec de nombreuses cavités. Le troisième (Obs. 15) était atteint d'une lobite supérieure droite ulcérofibreuse.

Dans les deux premiers cas, le pneumothorax avait été tenté en vain. Dans le troisième cas, il avait été réalisé antérieurement au séjour du malade dans le service, et abandonné après une quinzaine d'insufflations.

Les malades n° 60 et 15 ont été très nettement améliorés par l'intervention, qui détermina chez le premier une ascension de 5 cm. de l'hémi-diaphragme droit, chez le deuxième, une ascension de 4 cm.; chez tous deux on observa une rétraction puis un nettoyage radiologique des lésions. Par contre le malade de l'observation n° 11, pour lequel l'ascension diaphragmatique n'a pu être contrôlée, est mort de l'évolution progressive de sa tuberculose.

B. LA CHRYSOTHÉRAPIE

La chrysothérapie présente ici un intérêt particulier, d'abord parce qu'elle est la thérapeutique chimique la plus utilisée à l'heure actuelle par de nombreux auteurs dans le traitement de la tuberculose, mais aussi parce qu'elle ne serait pas sans action contre la syphilis elle-même. Expérimentalement, entre les mains de Feldt, Schoeller, Borgwardt, Allardt, la chrysothérapie aurait guéri la syphilis testiculaire du lapin. Steiner et Fischl l'ont trouvée efficace sur la syphilis cérébrale arsénorésistante des muridés.

Chez l'homme, Leveuf et Mollard, Fournier et Mollaret, l'auraient employée avec succès dans certaines syphilis, parfois arsénorésistantes.

On comprend donc sans peine que Popovitch la préconise dans l'association tuberculose-syphilis, de même que Cordier, Gualdi, Renault, qui l'emploient en association avec le bismuth, Paraf et Perrey en association avec l'arsenic.

Nous avons utilisé un sel hydrosoluble (crisalbine) en injections intraveineuses bi-hebdomadaires à doses croissantes de 5, 10, 15, 20 centigrammes, puis en injections hebdomadaires de 25 centigrammes.

Le traitement n'a été interrompu que lorsqu'il s'est montré nettement inefficace, ou aggravant, ou encore lorsqu'il a provoqué des accidents.

L'aurothérapie a été la seule thérapeutique employée chez quatre de nos malades (Obs. n° 6, 12, 55, 65), avec les résultats suivants :

Amélioration: 2 cas.

Résultat nul: 2 cas.

Combinée à la collapsothérapie dans quatre autres cas (Obs. n° 11, 15, 60, 68) elle a été suivie:

d'une amélioration,

de deux résultats nuls et

d'une interruption pour intolérance.

En résumé, la chrysothérapie n'a donné, chez nos tuberculeux syphilitiques, aucun résultat bien probant.

On sait que la plupart des auteurs attribuent l'efficacité de la médication aurique à la stimulation de l'activité du système réticuloendothélial, par les sels d'or; la lésion préalable par la syphilis de ce système histophysiologique pourrait ainsi rendre compte, se-

lon l'hypothèse émise par M. le docteur Lévi-Valensi, des résultats médiocres de cette thérapeutique chez nos malades.

2° - Le traitement antisyphilitique chez les tuberculeux syphilitiques

Son influence sur la tuberculose des syphilitiques a été diversement appréciée.

On a utilisé surtout l'arsenic, le bismuth, le mercure, et parfois l'iodure de potassium.

A. L'IODURE DE POTASSIUM

Formellement condamné par tous les auteurs qui lui reprochent son action congestive sur le poulmon; H. Bernard cependant estime qu'il est souvent bien supporté dans ces cas.

B. L'ARSENIC

Sous quelque forme qu'on l'ait employé (sels tri ou pentavalents administrés *per os* ou en injections), il demeure la plus discutée des médications antisyphilitiques chez les tuberculeux.

Alors que Dumarest, Roque et Cordier, Breton, Sullivan, von Jaski etc., l'emploient de préférence au mercure et au bismuth, Léon Bernard et Paraf, Mohrardt, Lamouroux, Rist, le placent au même rang que les autres spirillicides. Mais par ailleurs Sergent, Béthoux, Mirande, Mareland, Landau, Saint-Cyr, Scholz, Schroeder, Alvarez, etc., insistent sur les réactions, les poussées congestives, les aggravations qu'il peut provoquer et Schlesinger va jusqu'à le déconseiller formellement.

C. LE BISMUTH

Il a été utilisé comme traitement d'attaque à la place de l'arsenic par Saint-Cyr, Orszagh; Mareland l'emploie encore dans les formes fébriles.

Il est également conseillé par Breton, Alvarez, Mirande, Stokes, Schlesinger.

Cependant, Scholz lui attribue certaines diarrhées et pour Schroeder il est contre-indiqué dans les tuberculoses exsudatives.

D. LE MERCURE

Le plus ancien des médicaments antisypilitiques; semble aussi le mieux supporté, sinon le plus efficace.

Sergent, Roque, Mirande, Mareland, Saint-Cyr, Schroeder, Stokes, Morhardt, etc., l'utilisent à doses faibles. Mirande, qui en fait le traitement de choix lui reproche pourtant de donner, à la longue, un peu de fièvre et de l'amaigrissement.

Chez nos malades, le traitement antisypilitique a été employé à l'exclusion de tout autre traitement dans 18 cas.

Douze fois il a consisté en un traitement mixte arséno-bismuthique, avec les évolutions suivantes:

Amélioration: 3 cas.

Résultat nul: 5 cas.

Aggravation ou accident d'intolérance: 4 cas.

Dans un cas où l'arsenic a été employé seul, le résultat a été franchement mauvais.

Quant au bismuth, employé seul dans deux cas, il a donné: une amélioration, une aggravation (poussée fébrile).

Enfin le mercure employé seul dans deux cas a donné une amélioration et un résultat nul.

Nos malades n'ont jamais subi de traitement ioduré.

INCIDENTS ET ACCIDENTS

Les incidents attribuables à l'arsenic ont été :

Deux incidents arsénicaux purs (une crise nitroïde, des accidents cutanés).

Deux accidents pulmonaires (une hémoptysie, une poussée évolutive).

Nous relevons au cours du traitement bismuthique :

Deux accidents pulmonaires (une hémoptysie, une poussée évolutive).

Au cours du traitement mixte arsénobismuthique, deux poussées évolutives.

Le mercure semble n'avoir été responsable d'aucun incident.

Au total, et quel que soit le médicament utilisé, le traitement antisypilitique ne nous a pas semblé donner chez nos tuberculeux de résultats particulièrement favorables.

Par contre, souvent mal supporté, il paraît avoir été quelquefois l'origine d'incontestables aggravations.

A ce point de vue, particulièrement probante est l'observation n° 52, où nous voyons un début évolutif suivre de très près un traitement antisypilitique d'entretien. Chez un autre malade (Obs. 67) une méningite tuberculeuse a coïncidé avec le traitement spécifique.

3° - La chimiothérapie mixte antituberculeuse et antiluétique

La chrysothérapie a été employée concurremment à la chimiothérapie antispécifique dans 3 cas: trois fois avec l'arsenic et le bismuth, une fois avec l'arsenic seul, une fois avec l'arsenic, le bismuth et le mercure.

Les résultats ont été les suivants:

Résultat nul: 3 cas.

Interruption du traitement arsenical pour hémoptysies récidivantes, puis amélioration par la chrysothérapie: 1 cas.

Interruption pour intolérance (diarrhée): 1 cas.

Au total, et quels qu'aient été les traitements mis en œuvre, nous avons noté les résultats suivants:

Guérison clinique: 1 cas (1,3 %).

Amélioration: 21 cas (28,7%).

Etat stationnaire: 8 cas (10,9 %).

Aggravations: 11 cas (15,1 %).

Décès: 22 cas (30,1%).

Dans 10 cas nous n'avons pas pu juger l'évolution.

Ces chiffres peuvent paraître pessimistes, lorsqu'on les compare à certaines statistiques: Alvarez Fernandez, par exemple, sur 64 malades, indique 81 % d'améliorations ou de guérisons avec seulement 1 décès et 2 aggravations. Sullivan sur 116 tuberculeux syphilitiques aurait eu 40 % de décès chez 50 d'entre eux non soumis au traitement spécifique et seulement 14 % pour 66 autres chez lesquels il a appliqué ce traitement.

Mais nous devons faire remarquer que le recrutement des malades a été différent chez ces auteurs et chez nous-mêmes. Par exemple, les malades d'Alvarez Fernandez sont ceux d'un sanatorium, et, par conséquent, ils avaient été l'objet d'une sélection préalable qui éliminait les formes graves: et de fait 41 d'entre eux étaient atteints de tuberculose fibreuse.

Nos malades, au contraire, sont ceux d'un service hospitalier d'isolement, où aucune sélection n'est opérée avant leur admission, et l'on ne doit pas perdre de vue la difficulté que l'on a dans ce genre de formations pour mettre en œuvre la cure hygiénodététique qui est si efficacement utilisée dans les organisations sanatoriales.

Cependant nous trouvons dans la statistique de Nario des chiffres comparables aux nôtres: cet auteur, qui étudie 59 observations de tuberculose chez d'anciens syphilitiques, comprenant 48 formes ulcérocaséuses et 11 formes fibreuses, trouve 36 aggravations dans le premier groupe (soit 75 %) et une seule dans le deuxième groupe (soit 9 %).

Sans doute, le traitement de la tuberculose pulmonaire est-il aléatoire dans un grand nombre de cas, et l'on ne sait jamais à priori, quelle sera son influence. Cependant, il nous faut au terme de cette étude souligner les difficultés particulières de la thérapeutique chez les tuberculeux syphilitiques. Qu'il s'agisse de traitement local (collapsothérapie) qu'il s'agisse de médication générale (chimiothérapie antibacillaire ou antisypilitique) la thérapeutique est ici souvent mise en échec par des lésions fortement ulcéreuses ou fibreuses, ou encore par un organisme préalablement touché dans ses réactions défensives.

CONCLUSIONS

I. — Les opinions les plus diverses et souvent les plus contradictoires ont été soutenues sur l'orientation que peut subir la tuberculose pulmonaire chez les anciens syphilitiques.

On ne saurait s'étonner de ces divergences d'interprétation; motivées par la complexité des faits à analyser, elles paraissent dépendre surtout de deux ordres de facteurs tenant :

a) Les uns à la cause même dont il s'agit précisément de déterminer les effets: difficulté d'apprécier chez un ancien syphilitique la virulence ou même la persistance actuelle de l'infection tréponémique, de même que les modifications du terrain qu'elle a pu créer; difficulté aussi de faire la part dans le comportement de la tuberculose pulmonaire des autres infections ou intoxications chroniques souvent associées à la syphilis.

b) Les autres à la conduite de l'enquête, les auteurs, suivant les cas se montrent plus ou moins exigeants pour le diagnostic rétrospectif de l'infection syphilitique ancienne ou pour celui de la tuberculose pulmonaire présente; certains d'entre eux enfin n'étudient les rapports de la syphilis qu'avec des formes particulières de tuberculose pulmonaire.

Pour être équitable, l'enquête devra donc s'efforcer de rechercher par tous les moyens la syphilis dans toutes les formes de tuberculose pulmonaire.

II. — Si un grand nombre de tuberculoses fibreuses ou fibrocalcaires se manifestent sur un terrain syphilitique, il n'en est pas moins vrai que bien souvent, chez les syphilitiques, la tuberculose pulmonaire prend une allure franchement évolutive.

Nous étudions dans ce travail 73 cas de tuberculose pulmonaire évolutive survenue chez d'anciens syphilitiques, le nombre relativement considérable de pareils malades tenant sans doute au degré de syphilisation particulièrement élevé des populations indigènes de l'Afrique du Nord.

III. — Au point de vue anatomoclinique, la tuberculose pulmonaire évolutive des anciens syphilitiques ne réalise aucune forme spéciale; elle peut revêtir tous les aspects.

Cependant deux processus, sans doute habituels de toute tuberculose pulmonaire, l'ulcération et la sclérose frappent ici par leur fréquence, leur précocité d'apparition, leur importance et souvent aussi par leur association.

Les formes ulcérofibreuses représentent ainsi le contingent le plus important (34,2 %) des tuberculoses pulmonaires évolutives des syphilitiques dont elles nous semblent représenter le type le plus caractéristique et le plus évolué.

Dans les autres formes: fibrocaséuses (32,8 %), ulcérocaséuses (21,9 %), voire même miliaires (3,4 %) l'importance du processus ulcéreux ou l'intensité de la réaction fibreuse nous ont souvent paru dépasser leur mesure habituelle.

Quels que soient ses différents aspects anatomocliniques, la tuberculose pulmonaire des anciens syphilitiques est très souvent hémoptoïque.

Son évolution générale n'offre cependant aucun caractère particulier, et les formes aiguës, subaiguës et chroniques s'y observent dans la même proportion que dans la tuberculose pulmonaire des non syphilitiques.

IV. — L'anatomie pathologique permet dans certains cas de retrouver dans les poumons tuberculeux la marque de l'infection syphilitique sous la forme de ses processus les moins discutés, la panartérite oblitérante, l'atteinte considérable de l'appareil bronchique et l'intensité de la réaction scléreuse.

V. — Ces facteurs locaux éclairent pour une part, au point de vue pathogénique, l'orientation si fréquemment ulcéreuse ou fibreuse de la tuberculose pulmonaire des anciens syphilitiques; de même aussi peut-être certains facteurs généraux difficiles à préciser (insuffisance des réactions d'immunité par déficience d'un système réticulo-endothélial antérieurement lésé par la syphilis?)

VI. — Ces mêmes facteurs locaux ou généraux, en créant à la collapsothérapie d'incontestables difficultés, ou en empêchant toute sollicitation défensive de l'organisme par la chimiothérapie rendent particulièrement difficile le traitement de la tuberculose pulmonaire évolutive des anciens syphilitiques.

OBSERVATIONS

I. FORMES ULCEROFIBREUSES

A) Avec éléments fibreux et ulcéreux également importants

OBSERVATION N° 1

Bou. Ali, 35 ans, journalier. Pas de notion de chancre. B.-W. fortement positif à plusieurs reprises.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse chronique évoluant depuis 2 ans avec gros signes généraux, et quelques hémoptysies.

Examen. — Sous crépitants fins sur un fond de respiration rude aux deux sommets. B. K. = 5 par champ.

Radiographie. — Grosses spélonques finement bordées aux deux sommets. Taches floues parahilaires. Accentuation des images broncho-vasculaires. Scoliose trachéale sans modification de calibre.

Traitement bismuthique: plusieurs séries entreprises, interrompues pour hémoptysies. Traitement arsenical interrompu pour crise nitritoïde.

Progression des lésions. Mort.

OBSERVATION N° 2

Gha. Ben., 32 ans, chauffeur mécanicien. Chancre syphilitique traité (ne peut préciser quand). B.-W. positif. Rougeole dans l'enfance. Paludisme à 18 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 20 ans. Coliques de plomb à 19 ans. Tabagisme. Ethylisme.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse chronique bilatérale hémoptoïque évoluant depuis plusieurs années.

Examen. — Mauvais état général. Syndrome cavitairé du sommet droit. Syndrome de condensation du sommet gauche. B. K. = 3 par champ. Cuti-réaction à la tuberculine: ++. Cœur: 1^{er} bruit un peu soufflé à la pointe. Dédoublement du 2^e bruit. Tension au Vaquez: 10-4,5. Hépatomégalie douloureuse. Voix rauque, Dysphagie. Température: 38°-38°5.

Radiographie. — A droite: image en fromage de gruyère du tiers supérieur du poumon. A gauche: image en mie de pain de la région intercleidohilaire; grosse spélonque parahilaire. Trachée et bronche souche gauche irrégulièrement dilatées. Ascension des hiles.

Evolution progressive hémoptoïque. Traitement aurique (6 gr. en tout) sans effet. Mort.

Autopsie. — Quelques ganglions médiastinaux de volume normal.

Adhérence des deux plèvres sur toute leur surface.

Poumon droit: (n'a que 2 lobes). Lobe supérieur: transformé en un bloc dur, scléreux, presque calcifié au sommet; nombreuses cavités dont trois volumineuses dans les zones apicale et sous apicale. Lobe inférieur: nodules caséeux groupés en corymbe dans sa partie supérieure; congestion à la partie inférieure.

Poumon gauche: lobe supérieur: système caverneux dans la moitié supérieure, à parois scléreuses. Moitié inférieure: nodules caséeux groupés en corymbes. Lobe inférieur: comme à droite.

Foie gros, mou, adhérent au diaphragme.

OBSERVATION N° 3

O. Fr., 63 ans, charretier. Chancre à 25 ans, ayant duré 2 mois. Traité par des injections de calomel. B.-W. négatif. Paludisme. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire hémoptoïque chronique bilatérale ulcéro-fibreuse évoluant depuis 4 ans avec toux et expectoration abondante. Dyspnée d'effort. Amaigrissement de 11 kgs depuis 3 mois.

Examen. — Syndrome cavitaire des deux sommets. B. K. = 15 par champ. Gros foie douloureux. Signe d'Argyll-Robertson. Tension au Vaquez: 13-8. Cuti-réaction à la tuberculine: +. Température: 37°-38°.

Radiographie. — Image multicavitaire de la moitié supérieure des deux poumons. Image en mailles de filet partout ailleurs. Trachée déviée à droite, rétrécie à son extrémité inférieure. Diaphragme dentelé.

Sort après 3 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 4

Z. Moh., 20 ans, journalier. Gomme du nez en traitement. B.-W. positif. Pas de paludisme. Ethylisme léger. Aucun autre antécédent.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse chronique assez hémoptoïque évoluant depuis 10 mois avec une toux et une expectoration modérées.

Examen. — Etat général moyen; gomme spécifique du nez. Poumons: à droite, syndrome caverneux des deux tiers supérieurs. A gauche: rien d'anormal B. K. = 1 par 10 champs. Température: 36°7-37°8. Tension au Vaquez: 11,5-8,5. Sang: protides: 88 p. 1.000; sérine: 50 p. 1.000; globuline: 38 p. 1.000. Rapport S/G = 1,31. Cholestérine: 1,58 p. 1.000

Radiographie. — Poumon droit: image en mie de pain de la moitié supérieure avec attraction de la trachée et du médiastin. Semis de taches nodulaires à contours flous dans la moitié inférieure. Poumon gauche: fines marbrures parsemées de taches micronodulaires floues.

Lipiodol: dilatation fusiforme de la trachée (qui est déviée à droite). Dans la région parahilaire droite, le lipiodol dessine une cavité irrégulière (bronchectasies ou cavernes?).

Dans le service le malade présente quelques petites poussées évolutives.

Traitement arsenical (dose totale: 8 gr.): bismuthique (20 injections), aurique (dose totale: 13 gr.). Aucune amélioration.

A sa sortie le malade a perdu 4 kgs. Revu récemment (plus d'un an après sa sortie), il présentait encore un état général assez satisfaisant.

OBSERVATION N° 5

O. Jeanne, 47 ans. Deux fausses-couches, deux accouchements à 8 et 9 mois d'enfants mort-nés. Aortite. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse hémoptoïque bilatérale subaigue évoluant cliniquement depuis 4 mois après une période de 8 mois d'asthénie.

Examen. — Etat général médiocre. Syndrome cavitaires de la moitié supérieure du poumon droit, accompagné de quelques frotements. B. K. = 4 par champ. Température: 37°,5-38°,5. Double souffle au foyer aortique. Tension au Vaquez: 17-7.

Radiographie. — Image de lobite supérieure droite excavée, nettement limitée. Trachée de calibre irrégulier. Diaphragme anguleux.

Ultérieurement, la malade ayant refusé le pneumothorax thérapeutique, apparition de taches sous la scissure droite et dans la région parahilaire gauche.

OBSERVATION N° 6

Se. Ah., 44 ans. Journalier. Pas de notion de chancre. Traitement spécifique récent pour gommès cutanées. B.-W. négatif.

Evacué du service de vénérlogie pour tuberculose pulmonaire subaigue de début récent et de forme ulcéro-fibreuse à élément fibreux discret.

Examen. — Signes cavitaires du sommet droit. Signes d'épanchement de la base gauche. B. K. = 1 par champ.

Radiographie. — A droite: images cavitaires dans la région claviculaire. Taches floues parahilaires. Petit pneu-

mothorax enkysté parascissural sur la ligne axillaire. A gauche: grosse opacité homogène sous claviculaire. Taches nodulaires floues disséminées. Image de pleurésie de la grande cavité, de moyenne abondance.

Evolution hémoptoïque progressive. Mort.

OBSERVATION N° 7

Moh. ben La., 41 ans, journalier. Chancre spécifique à 23 ans. Grosse aorte. B.-W. négatif. Paludisme. Ethylisme.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse chronique très hémoptoïque. Début clinique datant de 6 mois. Amaigrissement de 20 kgs.

Examen. — Etat général moyen. Matité et frottements à la base droite. Submatité partout ailleurs, avec râles sibilants et humides disséminés. B. K. = 1 par champ. Cutiréaction à la tuberculine: ++. Tension au Vaquez: 11-6. Sang: protides: 75 p. 1.000; sérine: 39 p. 1.000; globuline: 36 p. 1.000. Rapport S/G = 1,08. Cholestérine: 1,38 p. 1.000.

Radiographie. — A droite: à la base: opacité non homogène du tiers inférieur, avec images cavitaires; partout ailleurs: accentuation de la trame radiologique. A gauche: accentuation de la trame radiologique à la base.

Amélioration transitoire par le repos. Ultérieurement un traitement arséno-bismuthique prolongé reste sans action.

OBSERVATION N° 8

Ha. Dje., 27 ans, garçon de café. Pas d'antécédent spécifique. B.-W. positif. Ethylisme.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse chronique très hémoptoïque, évoluant depuis 5 ans avec un état général assez satisfaisant.

Examen. — Léger syndrome de condensation du sommet droit, avec quelques râles bulleux fins. Expectoration

rare. B. K. = 7 par champ. Température irrégulière. Clochers à 39°. Tension au Vaquez: 12,5-9.

Radiographie. — A droite: image bordée rétroclaviculaire. Semis micronodulaire. A gauche: nodules plus gros dans la région périhilaire. Le diaphragme droit est remonté et symphysé au niveau du cul-de-sac costodiaphragmatique. Trachée légèrement attirée à droite, mais de calibre régulier.

Amélioration par le repos.

**B) Formes ulcérofibreuses avec prédominance
de l'élément ulcéreux**

OBSERVATION N° 9

Bou AL., 62 ans, laveur de voitures. Pas de notion de chancre. B.-W. positif. Ethylisme.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse bilatérale chronique à début clinique datant de 4 mois. Gros amaigrissement. Toux et expectoration minimes.

Examen. — Submatité des deux sommets avec grosse obscurité respiratoire. Râles bulleux fins, surtout à droite. B. K. = 2 par champ. Cuti-réaction à la tuberculine: +.

2° bruit claqué au foyer aortique. Tension au Vaquez: 13,5-6. Température: 37°-37°,6.

Radiographie. — A droite: évidemment lobaire supérieur à peu près total. Image en mailles de filet partout ailleurs. Scoliose trachéale convexe à droite. Diaphragme dentelé. Cœur en sabot. Gros arc pulmonaire. Traitement arsénobismuthique interrompu par une poussée thermique.

OBSERVATION N° 10

Am. Ah., 33 ans, journalier. Chancre syphilitique à 21 ans. B.-W. positif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse chronique légèrement hémoptoïque évoluant depuis 2 ans.

Examen. — Mauvais état général. Syndrome cavitare aux deux sommets, surtout à gauche. B. K. = 8 par champ. Température : 37°-38°,2. Réflexes rotuliens vifs.

Radiographie. — A droite: au tiers supérieur: système de cavernes à bordure nette et très opaque. Dans le reste de la plage pulmonaire, quelques nodules d'opacité calcare. A gauche: évidemment du tiers supérieur, avec système de cavernes à bordure nette dans le tiers moyen.

Lipiodol: trachée et grosses bronches irrégulièrement déviées et déformées. Bronchiectasies moniliformes de la base gauche.

Traitement arséno-bismuthique bien supporté, interrompu par la sortie du malade.

OBSERVATION N° 11

Sli. Mou., 36 ans, tailleur d'habits. Chancre syphilitique ancien. B.-W. négatif. Paludisme. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse bilatérale chronique évoluant par poussées depuis 4 ans.

Examen. — Malade cachectique. Syndrome de condensation du sommet droit. Syndrome cavitare du sommet gauche. B. K. = 5 par champ. Cœur: dédoublement du 2^e bruit à la base. Gros foie. Grosse rate. Tension au Vaguez: 10-7. Température: 37°,5-38°,5. Sang: protides: 91 p. 1.000; sérine: 42 p. 1.000; globuline: 49 p. 1.000. Rapport S/G: 0,86. Cholestérine: 1,5 p. 1.000.

Radiographie. — A droite: spéléonque sous claviculaire entourée d'une image en fromage de gruyère; travées et taches micronodulaires dans la moitié inférieure du pou-

mon. A gauche hémidiaphragme surélevé de 1 cm. par rapport au côté droit. Au-dessus de lui, large niveau liquide occupant presque toute la base. Le long du médiastin: ombre homogène à bord externe irrégulier limitant une série de spélonques superposées. Trachée: scoliose convexe à gauche, dilatée à ce niveau. Bronches paraissant normales.

Evolution progressive. Mort.

Autopsie. — *Poumon droit:* symphyse lâche de toute la surface. Une forte adhérence à la face antérieure du lobe supérieur. Lobe supérieur: grosse caverne apicale, sans paroi scléreuse. En avant et en dedans de celle-ci volumineux nodule fibreux blanchâtre, stellaire, en relation avec l'adhérence antérieure, irradiant dans le parenchyme voisin, en particulier vers le hile. Par ailleurs, îlots de caséification groupés en corymbes. Lobe moyen: caséification en corymbes. Lobe inférieur: congestionné. Quelques caséifications à topographie acineuse.

Poumon droit: on doit l'arracher de la paroi thoracique. Il est occupé par une caverne totale, dont la paroi est faite par la plèvre pariétale, la plèvre viscérale et une lame de cortex pulmonaire symphysées, épaissies et fibreuses. Dans sa cavité persiste le squelette pulmonaire.

Trachée: sinueuse. Présente à partir de 3 cms au-dessus de sa bifurcation sur sa face interne des granulations fibreuses dont certaines tendent à se pédiculer.

Bronches: droites: rien à signaler; *gauches:* les bronches de 2^e division ont une surface tomenteuse.

Rate: larges adhérences membraneuses avec les organes voisins.

Foie: petit, flasque, pâle.

OBSERVATION N° 12

Pa. Vin., 47 ans. Garçon de salle à l'hôpital. N'aurait jamais eu de chancre. B.-W. positif. Paludisme, Ethylisme.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse subaiguë hémoptoïque bilatérale à prédominance gauche évoluant depuis 3 mois.

Examen. — Etat général assez bon. Signes cavitaires du sommet gauche. Quelques râles bulleux au sommet droit. Bacilloscopie longtemps négative. Devient positive après une hémoptysie. Température: 38°-39°. Gros foie. Gros cœur. Clangor aortique. Tension au Vaquez: 16-10. Albuminurie: 0,50 p. 1.000. Sang: protides: 77 p. 1.000; sérine: 29 p. 1.000; globuline: 48 p. 1.000. Rapport S/G: 0,60. Cholestérine: 1,30 p. 1.000.

Radiographie. — Poumon droit: aspect en pierre meulière des deux tiers supérieurs. Poumon gauche: grosse opacité de toute la plage, avec excavations sous-claviculaires.

Ultérieurement, évidemment lobaire supérieur gauche. Tendance à la fibrose du côté droit.

Evolution mortelle.

Autopsie. — *Poumon droit:* lobe supérieur: petite splénique postéro-interne; infiltration pseudonodulaire de tubercules acineux. Lobes moyen et inférieur: infiltration du même type, plus disséminée.

Poumon gauche: lobe supérieur: énorme caverne à paroi fibrosée, blanche, adhérente à la paroi thoracique dans sa partie antéro-externe; dans le voisinage: nodules acineux conglomérés. Lobe inférieur: nombreux nodules acineux à son pôle supérieur.

OBSERVATION N° 13

Bel. Moh., 28 ans journalier. Chancre syphilitique traité à 16 ans. B.-W. légèrement positif. Paludisme. Adénite cervicale dans sa jeunesse. Cicatrices cutanées pigmentées (probablement de syphilides secondaires).

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse subaiguë hémoptoïque bilatérale à prédominance gauche évoluant depuis 13 mois avec grosse atteinte de l'état général,

Examen. — A droite: dans l'aisselle quelques frottements.

A gauche: syndrome caverneux. B. K. = 3 par champ. Hépatosplénomégalie. Tension au Vaquez: 10-6. Température: 37°-38°,8.

Radiographie. — A droite: marbrures semées de taches micro-nodulaires. Petit pneumothorax enkysté au niveau du cul-de-sac costodiaphragmatique. Diaphragme irrégulier. A gauche: vaste cavité apicale surplombant une zone à l'aspect de fromage de gruyère. Dans la moitié inférieure marbrures et taches micronodulaires. Trachée: dilatation fusiforme. Hospitalisé 2 mois sans changement.

OBSERVATION N° 14

Si. Al., 28 ans, journalier. Chancre syphilitique insuffisamment traité à 21 ans. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse chronique hémoptoïque bilatérale à prédominance droite. Début clinique en 1930, hémoptoïque, peu évolutif.

Hospitalisé en 1932: asthénie, assez bon état général.

Examen. — Thorax longiligne; signes de condensation des deux sommets, avec quelques fins sous-crépitanes à droite. B. K. = 2-3 par champ. Ganglions épitrochléens. Tension au Vaquez: 14-7. Température: 37°-38°,5. Cuti-réaction à la tuberculine: +.

Radiographie. — Grosse cavité rétroclaviculaire gauche. Accentuation de la frange radiologique avec petites taches floues dans les régions périhilaires droite et gauche.

Repos. Amélioration (gain de 3 kgs).

Ultérieurement crisalbine (8 gr.) bien supportée. Aucune amélioration sensible.

OBSERVATION N° 15

Bou. Ben., 35 ans, journalier. Chancre (ne se souvient pas à quelle époque). B.-W. positif. Ethylisme. Tabagisme.

Gazé en 1916; avait eu alors une hémoptysie. Toux chronique depuis 1917.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse bilatérale chronique avec poussée aiguë depuis 3 mois.

Examen. — Etat général moyen. Syndrome cavitare au sommet droit. Sibilants dans le reste de la plage droite. Au sommet gauche: quelques fines crépitations. B. K. = 1 pour 5 champs. Cuti-réaction à la tuberculine: douteuse. Température: 37°-38°,2. Tension au Vaquez: 11,5-8. Sang: protides: 71 p. 1.000; sérine: 42 p. 1.000; globuline: 29 p. 1.000. Rapport S/G = 1,45. Cholestérine: 1,44 p. 1.000.

Radiographie. — A droite caverne rétroclaviculaire nettement bordée, du volume d'une orange. Tache excavée sous claviculaire gauche, du volume d'une noisette. Par ailleurs, légère augmentation d'opacité des ombres normales.

Traitement. — Crisalbine: 1 gr. 20. Interrompu pour diarrhée et prurit. Amaigrissement.

Traitement arséno-bismuthique: diarrhée obligeant à interrompre la série de bismuth.

Aggravation progressive clinique et radiologique.

Le malade sort.

OBSERVATION N° 16

Men. Ali., 37 ans, coiffeur. Chancre syphilitique traité à 20 ans. Traité à 26 ans, pour « syphilis gastrique ». B.-W. négatif. Ancien paludéen.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse gauche hémoptoïque d'allure chronique évoluant depuis 6 mois avec une atteinte assez marquée de l'état général.

Examen. — Syndrome pleurétique de la base gauche. Syndrome de condensation du sommet gauche, avec quelques râles bulleux. B. K. = 6 par champ. Température: 36°, 8-37°, 9.

Radiographie. — Image de pleurésie gauche de la grande cavité, de moyenne abondance. Grosse spélonque rétro et sous-claviculaire.

Lipiodol. — Injecté à droite et à gauche; il montre des images bronchiques normales et une image en feuillage normale dans les zones correspondantes.

OBSERVATION N° 17

Ag. Vin., 26 ans, cimentier. Chancre syphilitique traité à 24 ans. B.-W. négatif. Variole à 4 ans. Pleurésie purulente pleurotomisée à 9 ans. Congestion pulmonaire à 14 ans. Paludisme de 15 à 18 ans.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse bilatérale chronique hémoptoïque évoluant depuis 3 ans. Temporairement améliorée par une cure sanatoriale.

Examen. — Etat général moyen. Syndrome de condensation du sommet droit. Obscurité respiratoire au sommet gauche. Quelques râles crépitants fins aux deux sommets. B. K. = 3 par champ. Température: 37°, 5-38°. Tension au Vaquez: 12-7. Albuminurie: 0,5 p. 1.000. Sang: protides: 87 p. 1.000; sérine: 41, p. 1.000; globuline: 46 p. 1.000 Rapport S/G = 0,88. Cholestérine: 1,60 p. 1.000.

Radiographie. — Thorax emphysémateux. A droite: spélonque finement limitée du volume d'une pomme dans l'angle costo-claviculaire. Même image à gauche, rétro-claviculaire. Partout ailleurs, exagération radiologique de la trame.

Lipiodol. — Il met en évidence des dilatations moniliformes des bronches au voisinage des lésions du sommet droit. Les bronches inférieures droite et gauche, ainsi que leurs ramifications éloignées, sont le siège d'ectasies

cylindriques. La caverne du sommet droit contient également un peu de lipiodol. Pas de lipiodol dans la moitié supérieure du poumon gauche.

OBSERVATION N° 18

San. Jean, 50 ans, peintre en bâtiments. Chancre dans sa jeunesse. B.-W. faiblement positif. Paludisme ancien. Parents et sœur tousseurs.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse chronique hémoptoïque du sommet droit, apyrétique, avec gros amaigrissement. Quelques hémoptysies. Signes cliniques et radiologiques minimes à un premier séjour en 1931. B.K.=0. Amélioration rapide. Rechute en 1934, avec expectoration abondante. B. K. = 5 par champ. Gros amaigrissement.

A l'examen: syndrome cavitare du sommet droit.

Radiographie. — A droite, grosse caverne rétroclaviculaire dans une zone d'opacité à l'aspect de lobite supérieure. Quelques taches floues dans la région moyenne. Quatre taches d'aspect calcaire échelonnées entre le hile et le cul-de-sac costodiaphragmatique. Diaphragme dentelé à sa partie interne. A gauche: dissémination périlhilaire de taches micronodulaires (image post-hémoptoïque?).

Lipiodol. — Dilatation de la trachée dans sa moitié inférieure, avec bord droit irrégulier. Dilatation moniliforme de la bronche souche droite et de ses ramifications apicales.

Traitement arséno-bismuthique. Interrompu pour accidents gingivaux. Légère amélioration.

OBSERVATION N° 19

San. Jo., 41 ans, cimentier. Chancre syphilitique traité à 26 ans. B.-W. négatif. Ethylisme.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse subaiguë bilatérale à prédominance droite.

Soigné depuis 3 ans par intermittences pour un syndrome dysentérioriforme, est évacué dans le service pour une tuberculose pulmonaire dont il ne peut préciser le début clinique (troubles psychiques).

Examen. — Syndrome cavitaire du sommet droit. B. K. = 5 par champ. Température: 36°8-38°. Diarrhée prandiale. Tension: 9,5-7.

Radiographie. — Grosse image cavitaire rétro-claviculaire droite; opacité homogène diffuse sous jacente. Dans le reste de la plage droite, et à gauche: accentuation des ombres bronchovasculaires. Quelques taches très opaques. Pneumothorax thérapeutique mal supporté. Mort.

C) Formes ulcérofibreuses avec prédominance de l'élément fibreux

OBSERVATION N° 20

Ben. Am., 34 ans, journalier. Chancre syphilitique traité à 24 ans. B.-W. négatif. Paludisme. Père tousseur.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse à prédominance fibreuse d'évolution chronique ayant débuté cliniquement 6 mois avant l'hospitalisation.

Examen. — Malade amaigri. Syndrome cavitaire du sommet droit. Syndrome de condensation légère du sommet gauche. B. K. = 3 par champ. Fistule anale. Température: 37°-38°. Tension au Vaquez: 11-5. Cuti-réaction à la tuberculine: +++.

Radiographie. — A droite; au sommet: nombreuses images cavitaires avec taches floues disséminées, surtout péri-scissurales. A gauche: accentuation radiologique de la trame. Forte déviation de la trachée à droite. Diaphragme droit très remonté, dentelé.

Pneumothorax irréalisable, chrysothérapie (8 gr. de crissalbine en 3 mois). Amélioration franche, clinique, bactériologique et radiologique (accentuation des rétractions),

OBSERVATION N° 21

Fek. Ham., 44 ans. Menuisier. Chancre spécifique ancien (ne peut préciser quand). B.-W. négatif. Ethylisme. Tabagisme. Sa femme a présenté deux avortements spontanés.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse chronique gauche légèrement hémoptoïque évoluant depuis 19 mois avec grosse atteinte de l'état général. Poussée aiguë actuelle.

Examen. — Syndrome cavitairé du sommet gauche. B. K. = 4 par champ. Légère hépatomégalie. Tension au Vaquez: 10,5-6,5.

Radiographie. — A droite: exagération intercléidohilaire de la trame radiologique; deux taches d'opacité calcare. A gauche: image cavitairé rétroclaviculaire du volume d'une grosse prune. Opacités trabéculaires et nodulaires dans la région intercléidohilaire, de même qu'au niveau du pédicule bronchovasculaire inférieur.

Lipiodol. — Attraction de la trachée au niveau de la spélouque du sommet gauche. Retréçissement trachéal inférieur. Ascension du hile gauche. Dilatation moniliforme des bronches parahilaires (au-dessous des lésions parenchymateuses). Plusieurs petites images en nid de pigeon au sommet gauche. A droite, images normales des bronches et du feuillage.

Pneumothorax irréalisable. Le malade refuse la phrénicectomie et sort.

OBSERVATION N° 22

Mou. Sm., 44 ans, journalier. Chancre syphilitique traité à 19 ans. B.-W. négatif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse chronique bilatérale hémoptoïque chez un malade qui dit tousser depuis plus de 20 ans.

Examen. — Etat général moyen. Toux fréquente, expectoration rare. Syndrome de condensation du sommet droit.

Hépatomégalie. B. K. = 1 par champ. Tension au Vaquez : 10-6. Température: 37°-37°5.

Des radiographies en série montrent à droite une lobite supérieure se rétractant progressivement mais avec des cavités persistantes. A gauche opacité non homogène intercléidohilaire. Ombres bronchovasculaires opaques et élargies. Image en mailles de filet dans le tiers moyen.

Lipiodol. — Grosses irrégularités de calibre de la trachée et des bronches souches. Pas de bronchectasie des ramifications sous jacentes.

Traitement arséno-bismuthique assez prolongé. Bien supporté. Amélioration franche.

OBSERVATION N° 23

Dj. ben Ben., 46 ans, journalier. Chancre syphilitique non traité dans sa jeunesse. B-W. négatif. Paludisme. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse chronique hémoptoïque bilatérale à prédominance droite évoluant depuis un an, et déjà traitée par un pneumothorax thérapeutique abandonné après 15 insufflations.

Examen. — Mauvais état général. Syndrome cavitairé de la moitié supérieure du poumon droit. A gauche: point douloureux mamelonnaire, avec petit syndrome de condensation dans la région axillaire haute. B.K. = 4 par champ. Température: 37°-38°5 (qui revient à la normale après l'ouverture d'un abcès de la marge de l'anus). Gros foie douloureux. Dyspnée, grosse rate.

Radiographie. — A droite: rétraction légère de l'hémithorax. Image de lobite supérieure ulcérée et rétractée, avec condensations non homogènes paramédiastinales. Marbrures des deux lobes inférieurs. A gauche: dans le tiers moyen: opacité non homogène.

Lipiodol. — Trachée sinueuse, étroite. Bronche souche gauche irrégulièrement ectasiée. Ectasie moniliforme des

bronches de 2° et 3° divisions du lobe supérieur droit, où le lipiodol dessine le rebord supérieur d'une vaste caverne rétro et sous-claviculaire. Dans la région parahilaire moyenne droite une image en doigt de gant irrégulière (caverne ou bronchectasie?). Pas d'ectasie à distance. Lipiodol peu démonstratif à gauche.

Phrénicectomie droite. Ascension de l'hémidiaphragme de 4 cms. Phénomène de Kienboeck. Crisalbine (dose totale: 7 gr.) bien supportée.

Amélioration franche, clinique (poids + 6 kgs) et radiologique (rétractions plus marquées).

OBSERVATION N° 24

Am. Saad, 36 ans, journalier. Chancre mixte à 18 ans. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire ulcérofibreuse hémoptoïque subaiguë évoluant depuis un an avec fièvre et grosse atteinte de l'état général.

Cliniquement. — Syndrome cavitairé du sommet droit. Quelques râles humides fins au sommet gauche; frottements à la base. B. K. = 2 par champ. Tension au Vaquez: 11,5-5,5.

Sang. — Protides: 77 p. 1.000; sérine, 37 p. 1.000; globuline: 40 p. 1.000. Rapport S/G = 0,88. Cholestérine: 1,50 p. 1.000 .

Radiographie. — A droite: image de lobite supérieure ulcérofibreuse avec ascension de la scissure et attraction de la trachée dont le calibre est irrégulier. Quelques taches floues dans les lobes inférieurs. A gauche: accentuation de la trame radiologique. Quelques taches nodulaires floues. Image d'épanchement du cul-de-sac costodiaphragmatique.

Traitement arséno-bismuthique prolongé, bien supporté, mais inefficace.

Injectons de crisalbine: bien supportées; série interrompue par la sortie du malade.

OBSERVATION N° 25

D. J., 54 ans, marchand forain. Chancre spécifique deux ans avant son hospitalisation. B.-W. négatif. Ethylisme. Pleurésie à 34 ans. Tousse tous les hivers.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse bilatérale chronique chez un vieux tousseur. Poussée évolutive actuelle avec gros amaigrissement et fièvre.

Examen. — Quelques signes cavitaires au sommet droit. B. K. = 2-3 par champ. Tension au Vaquez: 11-7,5.

Radiographie. — A droite: image multicavitaire du lobe supérieur; diaphragme dentelé. A gauche: image de péri-lobulite, avec peut-être fine image annulaire à la base.

Paralysie récurrentielle gauche (enrouement datant de 12 ans) sans signe radiologique médiastinal.

Malade mis au repos: grosse amélioration clinique. Nettoyage radiologique avec attraction de la scissure et de la trachée, mais la bacilloscopie reste toujours aussi riche en B. K.

II. FORMES ULCEROCASEEUSES

OBSERVATION N° 26

K. Zoh., 38 ans. Aucun antécédent spécifique à l'interrogatoire. B.-W. fortement positif dans le sang et le L.C.R. Fièvre typhoïde à 18 ans. Enucléation de l'œil droit consécutive. Adénite tuberculeuse cervicale fistulisée 10 mois avant son hospitalisation.

Tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse aiguë bilatérale évoluant depuis 5 mois, ayant débuté pendant le jeûne du Ramadan, avec gros signes généraux et respiratoires.

Examen. — Syndrome cavitaire de toute la hauteur des deux plages pulmonaires. B. K. = 15 par champ. Violentes douleurs épigastriques postprandiales déterminant des vomissements qui ne les calment pas. Constipation opiniâtre. Céphalées violentes. Douleurs fugaces au niveau des genoux. Réflexes ostéotendineux très diminués. Diminution de la sensibilité au pincement du tendon d'Achille. Pas d'incoordination. Œil gauche: pupille irrégulière, ne réagissant pas à la lumière, réagissant peu à l'accommodation. Ponction lombaire: cytologie et albuminorachie normales; B.-W. positif.

Radiographie. — Poumon droit: image de lobite supérieure largement excavée. Nombreuses taches et travées floues dans la moitié inférieure. Poumon gauche: opacité non homogène des deux tiers supérieurs, avec multiples excavations dans la région périclaviculaire.

OBSERVATION N° 27

Ou. Moh., 27 ans, journalier. Chancre (on ignore à quelle époque). B.-W. fortement positif.

Tuberculose pulmonaire aiguë ulcérocaséuse bilatérale fortement fébrile et hémoptoïque semblant avoir débuté cliniquement par une hémoptysie à l'occasion d'un traumatisme thoracique.

Examen. — Syndrome cavitaire de la moitié supérieure du poumon droit. B. K. = 3 par champ. Tension au Vaquez: 8,5-5,5. Albuminurie: 8 gr. p. 1.000.

Radiographie. — Opacité non homogène avec nombreuses images cavitaires dans la moitié supérieure du poumon droit. A gauche quelques taches nodulaires floues au sommet.

Pneumothorax droit: cinq insufflations. Pneumothorax partiel (adhérences au sommet). Réaction liquidienne. Interrompu par des troubles psychiques.

L'état général et pulmonaire s'aggrave. Apparition d'œdème des membres inférieurs et d'ascite. Anurie. Sang: urée: 0,52 p. 1.000; protides: 36 p. 1.000; cholestérine: 2 g. 45. p. 1.000. Décès.

Autopsie. — Epanchements séro-fibrineux dans les séreuses, assez abondants.

Poumon droit. — Quelques adhérences à l'apex. Lobe supérieur : deux cavernes du volume d'une noix et quelques nodules caséeux à topographie lobulaire. Lobe moyen : quelques nodules acineux à centre ramolli. Lobe inférieur : congestionné, avec rares nodules acineux.

Poumon gauche. — Quelques nodules lobulaires caséeux à centre ramolli dans la région parahilaire.

Foie petit, adhérent au diaphragme. Rate 160 gr. ; capsule épaisse, parenchyme sclérosé.

Au microscope. — *Poumon* : nombreux foyers plurialvéolaires exsudatifs et caséeux montrant le plus souvent dans leur voisinage immédiat une bronchiole offrant les mêmes lésions. Disséminés dans le parenchyme, quelques follicules tuberculeux formatifs avec cellules géantes et épithélioïdes. Nappes d'alvéolite séreuse, catarrhale, et même fibrineuse. Pas de sclérose vasculaire ni bronchique. En résumé : Processus tuberculeux à prédominance exsudative et caséeuse. Peu de tendance à la sclérose.

Foie. — Cirrhose légère, mais nette. Dans un coin, gros îlot de sclérose évolutive. Rares formations tuberculoïdes sans cellules géantes.

Rate. — Grosse charpente conjonctive épaissie. Tissu lymphoïde manifestement raréfié ; corpuscules très réduits de volume. Sclérose réticulaire. Pigment abondant (sanguin ?).

Rein. — Sclérose hyaline des bouquets glomérulaires ; légères altérations de l'épithélium. Pas de réaction interstitielle.

OBSERVATION N° 28

Sa. Am., 43 ans, marchand ambulant. Chancre spécifique à 22 ans. Cicatrices de lésions secondotertiaires pro-

bables et périostite diffuse du tibia droit datant de la même époque. B.-W. négatif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire subaiguë ulcéro-caséreuse bilatérale à prédominance droite, évoluant depuis un an avec un amaigrissement de 18 kgs et une fièvre irrégulière. Signes cliniques cavitaires au sommet droit. Respiration obscure à gauche. B. K. = 2 par champ. Tension au Vaquez: 12-7.

Radiographie. — A droite : pommelures des deux tiers supérieurs du poumon avec images cavitaires. A gauche : forte exagération des images broncho-vasculaires avec peut-être présence de petites cavités parahilaires.

OBSERVATION N° 29

Ay. Sa., 29 ans. Journalier. Chancre syphilitique traité à 23 ans. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire d'évolution subaiguë ulcéro-caséreuse (avec dissémination micronodulaire) datant de neuf mois ; grosse atteinte de l'état général et fièvre marquée.

Examen. — Signes de condensation des deux sommets avec sous-crépitaux au sommet droit. B. K. = 4 par champ. Tension au Vaquez: 11-5,5.

Radiographie. — A droite : exagération radiologique de la trame. Nodules opaques au sommet. A gauche : système cavitaire du sommet, avec opacités péricavitaires minimales.

Aggravation. Sort sur sa demande.

OBSERVATION N° 30

Ba. Jo., 37 ans, journalier. Pas de chancre avoué. B.-W. positif.

Tuberculose pulmonaire droite ulcéro-caséreuse d'évolution aiguë. Début fébrile, 8 jours après l'ouverture

efficace d'un abcès amygdalien, par des douleurs thoraciques et une expectoration rouillée.

Examen. — Syndrome de congestion pleuropulmonaire de la base droite. Gros cœur gauche avec galop. Pouls: 160. Gros foie légèrement douloureux. Cyanose marquée. Subictère. Tension au Vaquez: 10-6. B. K. = 20 par champ.

Radiographie. — Image en fromage de gruyère de la moitié inférieure du poumon droit avec taches floues de la moitié supérieure. Rien à gauche. Cœur volumineux avec surtout un gros arc ventriculaire gauche.

Mort deux mois après le début clinique.

OBSERVATION N° 31

Ha. Mo. 19 ans. Journalier. Chancre syphilitique traité à 17 ans.

Tuberculose pulmonaire ulcérocaséuse droite d'évolution aiguë datant de deux mois. Grosse atteinte de l'état général. Température 37°5-39°.

Examen. — Syndrome caverneux dans toute la plage pulmonaire droite. Submatité du sommet gauche avec respiration rude. B. K. = 10 par champ. Tension au Vaquez : 13-8.

Radiographie. — A droite : image de lobite supérieure multiexcavée. Grandes plages d'opacité homogène dans le tiers inférieur. A gauche : marbrures irradiées autour du hile, plus marquées vers le sommet.

Pneumothorax thérapeutique. La température tombe. Mais un épanchement apparaît quinze jours après, avec fièvre, qui persistera, hectique jusqu'à la mort du malade, deux mois après.

OBSERVATION N° 32

Ma. Ta., 41 ans, Chancre syphilitique traité dans sa jeunesse, B.-W. positif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire ulcérocaséuse aiguë bilatérale ayant débuté cliniquement quatre mois avant l'hospitalisation. Gros amaigrissement, Dyspnée.

Examen. — Syndrome cavitairé des deux sommets. B. K. = 5 par champ. Tension au Vaquez: 15-9. Hépatosplénomégalie. Température: 38°5-39°5.

Radiographie. — Image en fromage de gruyère de la moitié supérieure des deux poumons. Infiltration nodulaire des deux moitiés inférieures.

Mort trois mois après son hospitalisation.

OBSERVATION N° 33

Cha. Sa., 29 ans, journalier. Pas de notion de chancre. B.-W. positif. Femme décédée 5 ans avant d'une pneumopathie (tuberculose?).

Tuberculose pulmonaire ulcérocaséuse subaiguë bilatérale, à début clinique remontant à 5 mois avec amaigrissement, fièvre, hémoptysies.

Examen. — Très mauvais état général. Signes cavitaires du sommet droit, d'emphysème à la base. Signes de condensation du sommet gauche, avec quelques fins râles humides. B. K. = 2 par champ. Température: 37°-39°. Cuti-réaction à la tuberculine: ++. Sang: G. R.: 1.300.000. Protides: 73 p. 1.000; sérine: 44 p. 1.000; globuline: 29 p. 1.000. Rapport S/G = 1.51. Cholestérine: 1,30 p. 1.000.

Radiographie. — A droite: image en mie de pain, surtout dans sa moitié supérieure. Cavité du volume d'un œuf sur la ligne axillaire au-dessus de la scissure. A gauche: image en mie de pain, plus accentuée.

Traitement. — 914: 3 gr. 15. Bismuth: 12 injections. Aucune amélioration clinique. Exagération des images radiologiques.

Le malade sort sur sa demande.

OBSERVATION N° 34

Abd. ben Moh., 36 ans. Chancre syphilitique ancien (ne peut préciser quand). B.-W. négatif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire ulcérocaséenne hémoptoïque aiguë bilatérale à prédominance droite évoluant cliniquement depuis 1 mois et demi avec grosse atteinte de l'état général.

Examen. — Syndrome caverneux des deux sommets, plus étendu à droite qu'à gauche. B. K. = 5 par champ. Cutiréaction à la tuberculine: 0. Gros foie. Tension au Vaquez: 9,5-8. Température: 37°-39°5.

Radiographie. — A droite: système cavitaire du lobe supérieur, avec opacité non homogène périscissurale. A gauche, quelques petites spélonques au sommet. Opacités nodulaires parahilaires. Un nodule d'opacité calcaire, en plein parenchyme.

Evolution progressive. Mort.

OBSERVATION N° 35

Za. Am., 22 ans, chiffonnier. Pas de chancre avoué. Gomme mutilante du nez cicatrisée. B.-W. fortement positif. Paludisme.

Tuberculose pulmonaire ulcérocaséuse hémoptoïque bilatérale aiguë évoluant depuis 3 mois et demi.

Examen. — Etat général médiocre. Syndrome cavitaire des deux sommets surtout à droite. B. K. = 3 par champ. Douleur abdominale vive, spontanée et provoquée par les manœuvres d'examen. Diarrhée fréquente, fétide, parfois sanglante, incoercible. Splénomégalie moyenne. Adénopathie cervicale volumineuse, partiellement ramollie. Température: 37°-39°. Tension au Vaquez: 7,5-5,5.

Radiographie. — Système cavitaire des deux sommets. Grosses opacités nodulaires disséminées dans le reste des

deux plages pulmonaires. Extrémité inférieure de la trachée déviée à droite.

Hémoptysie mortelle.

Autopsie. — Voir le chapitre d'Anatomie Pathologique.

OBSERVATION N° 36

Ba. Bel., 23 ans, mécanicien. Pas de chancre avoué. B.-W. fortement positif.

Tuberculose pulmonaire ulcérocaséuse aiguë bilatérale évoluant depuis 4 mois avec grosse atteinte de l'état général et diarrhée fétide, jaunâtre.

Examen. — Malade maigre, asthénisé. Cyanose des extrémités. Subictère des conjonctives. Œdème des membres inférieurs. Syndrome cavitaires de presque tout le poumon droit et de la moitié supérieure du poumon gauche. B. K. = 4 par champ. Gros foie indolore. Tension au Vaquez: 11-6,5.

Radiographie. — A droite: opacité multiexcavée des 3/4 supérieurs du poumon. Taches nodulaires floues essaimées dans le lobe inférieur. A gauche: système cavitaires de la moitié supérieure du poumon. Essaimage nodulaire dans la moitié inférieure.

Pneumothorax thérapeutique tenté à droite. Inefficace (symphyse étendue du lobe supérieur; dyspnée) on l'abandonne et on met le malade en traitement aurique.

OBSERVATION N° 37

B. Jea., 27 ans. Mariée il y a 7 ans à un tuberculeux en a eu un enfant actuellement bien portant. Récents avortements de 2 mois et demi. B.-W. fortement positif.

Tuberculose pulmonaire ulcérocaséuse aiguë bilatérale à prédominance droite évoluant depuis 3 mois avec grosse atteinte de l'état général.

Examen. — Syndrome cavitairé de la moitié supérieure du poumon droit. Quelques râles bulleux au sommet gauche. B. K. = 50 par champ. Température: 38°-39°. Syndrome basedowien? (goitre, tremblement, tachycardie; pas de métabolisme basal). Tension au Vaquez: 10,5-8.

Radiographie. — Poumon droit: image de lobite supérieure multiexcavée. Poumon gauche: opacité non homogène, périciliaire très marquée.

Pneumothorax thérapeutique droit institué en vue d'une collapsothérapie bilatérale. Des brides empêchent la rétraction des lésions. On l'abandonne et on institue un traitement chrysothérapique.

OBSERVATION N° 38

B. Ra., 20 ans, clerc d'huissier. Hérédosyphilis (lésions nasales). Père syphilitique ayant un B.-W. positif.

Tuberculose pulmonaire subaiguë apyrétique ulcéro-caséuse du lobe supérieur droit, de début récent.

Examen. — Quelques signes d'auscultation au sommet droit. Grosse expectoration, mais B. K. = 0 à plusieurs reprises. Température fébriculaire. Grosse atteinte de l'état général.

Radiographie. — Condensation lobaire supérieure droite non homogène.

Pneumothorax thérapeutique droit. Bon collapsus. Adhérence filiforme au sommet. Formation d'un épanchement qui tuberculisera le cobaye. Chrysothérapie (1 gr. 40 d'allochrysine) semblant efficace; engraissement de 4 kgs. Sur la découverte des antécédants syphilitiques on institue un traitement spécifique bismutho-arsénical, bien supporté, mais interrompu par la sortie du malade.

Le malade rentre deux mois après sa sortie. La pleurésie est surinfectée de staphylocoques. Pleurotomie. Mort dans la cachexie cinq mois plus tard.

OBSERVATION N° 39

La. Bou., 60 ans, manœuvre. Chancre dans sa jeunesse. B.-W. fortement positif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire subaiguë ulcérocaséuse bilatérale. Début clinique datant de 10 mois, avec fièvre, toux et expectoration peu abondantes. Asthénie.

Examen. — Malade maigre. Thorax globuleux d'emphysémateux, avec respiration rude au sommet droit. B. K. = 2 par champ. Température: 36°,4-38°,5. Tension au Vaquez: 10,5-8,5.

Radiographie. — Image en mie de pain du lobe supérieur, limitée par une ligne scissurale nette. A gauche même aspect, plus accentué. Derrière et sous la clavicule très grosse cavité bordée (caverne géante ou pneumothorax enkysté?).

Très court séjour dans le service.

OBSERVATION N° 40

Bou. ben Ah., 46 ans, journalier. Chancre syphilitique ancien. Anévrisme aortique. B.-W. négatif. Paludisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire aiguë ulcérocaséuse hémoptoïque bilatérale à prédominance droite évoluant depuis un mois et demi.

Examen. — Etat général médiocre. Cyanose. Syndrome cavitare du sommet droit. Signes de condensation avec râles sous crépitants fins au sommet gauche. B. K. = 10 par champ. Aortite. Gros foie avec reflux hépato-jugulaire. Tension au Vaquez: 14,5-7. Température. 38°-39°.

Radiographie. — A droite: image de lobite supérieure très opaque avec quelques grosses spélonques au sommet. Dissémination nodulaire vers la base. A gauche: trame très opaque, semée de quelques images micronodulaires. L'aorte est élargie.

Evolution progressive. Mort.

OBSERVATION N° 41

Med. Aï., 20 ans. Aucun antécédent spécifique à l'interrogatoire. B.-W. fortement positif. Paludisme.

Tuberculose pulmonaire ulcérocaséuse aiguë bilatérale fortement hémoptoïque évoluant depuis deux mois, avec un point de côté scapulaire droit, et une atteinte assez marquée de l'état général.

Examen. — A droite: syndrome cavitaires du sommet. Syndrome liquidien de la base. A gauche: syndrome cavitaires discret au sommet. B.K. = 3 par champ. Légère splénomégalie. Tension au Vaquez: 10-7. Température: 37°-39°.

Radiographie. — A droite: aspect en mie de pain de la moitié supérieure de la plage pulmonaire; image cavitaires du volume d'une noix dans l'angle costoclaviculaire; à la base: ombre en équerre de l'angle costodiaphragmatique. A gauche: image cavitaires intercléidohilaire des dimensions d'un petit œuf. Nombreuses taches floues disséminées dans les deux tiers supérieurs du poumon.

En vue d'une collapsothérapie bilatérale, on tente de réaliser un pneumothorax gauche. Il est irréalisable.

Aggravation.

III. FORMES FIBROCASÉES

A) Avec prédominance de l'élément fibreux

OBSERVATION N° 42

Ch. Bag., 39 ans, journalier. Chancre syphilitique ancien (ne peut préciser quand). Gomme cutanée dorsale en évolution. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséeuse chronique bilatérale à prédominance gauche évoluant par poussées depuis 7 ans.

Examen. — Malade maigre, cyanosé. Thorax d'emphysémateux. Syndrome cavitairé du sommet gauche. Quelques sous-crépitaunts au sommet droit. Partout ailleurs emphysème et bronchite. B. K. = 1 par champ. Température: 37°-40°. Tension au Vaquez: 10-7.

Radiographie. — A droite: image en nid d'abeilles de la région intercléidohilaire. Quelques ombres floues non homogènes parahilaires. A gauche: opacité non homogène irrégulièrement excavée, des deux tiers supérieurs.

Lipiodol. — Dilatation irrégulière de la partie inférieure de la trachée et des bronches souches. Dilatation moniliforme des bronchioles dans le voisinage des lésions. Mauvaise injection des bronches sous-jacentes.

Traitement: bi-iodure de mercure. Régression de la gomme.

Amaigrissement de 4 kgs au moment de la sortie.

OBSERVATION N° 43

M. Te., 34 ans, colporteur. Chancre syphilitique à 20 ans. B.-W. négatif. Femme bien portante (n'a jamais eu d'avortement); 6 enfants bien portants.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséeuse chronique bilatérale évoluant par poussées espacées, souvent hémoptoïques, depuis 18 mois.

Examen. — Bon état général. Submatité sous-claviculaire droite. B. K. = négative (l'inoculation des crachats au cobaye sera positive). Température: 36°8-38°. Tension au Vaquez: 13-8.

Radiographie. — A droite: sous la clavicule: image cavitairé du volume d'une noix: ascension du hile, d'où partent de nombreuses travées opaques, en particulier vers le diaphragme qui est dentelé. A gauche système

cavitaire sous-claviculaire. Ascension du hile et travées comme à droite. Trachée dilatée irrégulièrement.

Traitements aurique, arsenical, bismuthique, hydrargyrique, bien supportés, peu prolongés, sans effet.

OBSERVATION N° 44

Ker. Moh., 29 ans, garçon de café. Chancre syphilitique traité (ne peut préciser quand). B.-W. négatif. Tumeur blanche fistulisée du cou de pied droit évoluant depuis deux ans. Paludisme. Ethylisme. Tabagisme. Père mort de tuberculose pulmonaire.

Tuberculose pulmonaire chronique hémoptoïque fibrocaséeuse bilatérale, évoluant par poussées évolutives hémoptoïques.

Examen. — Mauvais état général. Submatité des deux sommets. Fines crépitations et sibilances disséminées dans les deux plages pulmonaires. B. K. = 3 par champ. Température: 37°-39°. Hépatomégalie. Tension: 10,5-6.

Radiographie. — A droite: région sus-scissurale: image en mie de pain. A gauche: même image dans la région périhilaire. Surélévation du diaphragme gauche de 3 cm. par rapport au droit. Déviation basse de la trachée vers la droite.

Amputation de la jambe droite: amélioration passagère. Aggravation ultérieure.

OBSERVATION N° 45

Deb. Abd., 18 ans, manœuvre. Pas d'antécédents spécifiques. B.-W. positif. Paludisme.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséeuse chronique hémoptoïque bilatérale à prédominance gauche évoluant depuis un an avec atteinte franche de l'état général.

Examen. — Syndrome cavitaire du sommet gauche. Respiration soufflante et sibilants au sommet droit. B.K. posi-

tive seulement à la longue, par homogénéisation. Température: 37°-38°5. Cuti-réaction à la tuberculine: +. Tension au Vaquez: 10-7. Sang: protides: 78 p. 1.000; sérine: 39 p. 1.000; globuline, 39 p. 1.000. Rapport S/G = 1. Cholestérine: 1,80 p. 1.000.

Radiographie. — Poumon droit: image en mailles de filet, surtout dans la région périhilaire. Poumon gauche: taches floues, avec excavation dans le tiers supérieur. Trachée de calibre normal. Scoliose. Attraction du diaphragme gauche.

Traitement arséno-bismuthique. Diminution de la fièvre.

Pneumothorax gauche. Engraissement.

Traitement crislabinique: interrompu pour angine avec fièvre. Réaction liquidienne dans le pneumothorax. Ponctions répétées. Nettoyage radiologique sauf une spélonque qui apparaît à la base droite. Amélioration ultérieure de l'état général et local. Disparition de la spélonque de la base droite. Cutiréaction à la tuberculine: ++.

Le malade sort.

OBSERVATION N° 46

Sk. Sa., 29 ans, cordonnier. Chancre syphilitique traité à 20 ans; traitement d'entretien régulier. Leucoplasie buccale. B.-W. négatif.

Gazé en 1918 a eu alors une hémoptysie. B. K. + en 1919.

Tuberculose pulmonaire chronique hémoptoïque fibrocaséuse à prédominance fibreuse bilatérale. Cliniquement: emphysème et bronchite. Grosse atteinte de l'état général. Fièvre hectique. Tension au Vaquez: 11-7.

Radiographie. — Multiples excavations des deux sommets avec réaction péricavitaire minime. Scoliose trachéale, avec rétrécissement au-dessus de la bifurcation.

Nombreuses poussées évolutives hémoptoïques. Mort en 1931.

OBSERVATION N° 47

Am. Moh., 28 ans, journalier. Aucune notion de chancre. B.-W. fortement positif.

Tuberculose fibrocaséuse chronique fortement hémoptoïque évoluant depuis 3 ans, avec petites poussées évolutives accompagnées de points de côté thoraciques.

Examen. — Etat général médiocre. Syndrome cavitaires des deux sommets, surtout à gauche. B. K. = 3 par champ. Température: 36°8-38. Tension au Vaquez: 12-8.

Radiographie. — Image cavitaires à bords opaques et nets dans la partie interne des deux lobes supérieurs. Arborescences hilaires d'opacité exagérée. Quelques points d'opacité calcaire.

Lipiodol. — Dilatations moniliformes des bronches sous claviculaires droites et gauches. Dilatation cylindrique un peu irrégulière des deux pédicules bronchiques inférieurs.

Sort après 12 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 48

Pi. Ed., 30 ans, chaisier. Chancre syphilitique à 13 ans, traité au 606. B.-W. négatif. Marié: sa femme a eu deux avortements spontanés. Père tuberculeux. Paludisme ancien. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse chronique légèrement hémoptoïque bilatérale à prédominance droite, évoluant depuis 2 ans.

Examen. — Etat général passable. Syndrome cavitaires, peu accusé, au sommet droit. B. K. = 2 par champ. Température: 36°,6-37°,6. Tension au Vaquez: 11-6.

Radiographie. — A droite: le tiers supérieur a un aspect en mie de pain, avec quelques opacités à contours flous. Limitation lobaire nette. Opacités hilaires exagérées, prolongées vers le bas vers une angulation du diaphragme.

A gauche: dans la région moyenne: triangle à sommet hilaire, formé de marbrures et de taches floues. Quelques points d'opacité calcaire.

Lipiodol. — Attraction légère des voies aériennes vers le sommet droit. Ectasie cylindrique de la bronche souche droite. Ectasies un peu irrégulières des bronches lobaires.

Traitement arséno-bismuthique peu prolongé. Engraissement de 3 kgs.

B) Formes fibrocaséuses excavantes

OBSERVATION N° 49

Ou. Bou., 26 ans, journalier. Chancre syphilitique traité à 22 ans. B.-W. négatif. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse excavante sub-aiguë bilatérale à prédominance droite évoluant depuis 2 mois.

Examen. — Etat général assez satisfaisant. Localement: seulement submatité et obscurité respiratoire au sommet droit. B. K. = 2 par champ. Température: 37°-38°2. Tension au Vaquez: 10,5-7.

Radiographie. — A droite: au sommet: système de 2 ou 3 grosses cavernes. Aspect en mie de pain sous-jacent, sur quelques centimètres. A gauche: marbrures et peut-être petites cavités intercléidohilaires.

Séjour de 8 jours dans le service: la température redevient normale. B. K. = 0 à l'examen direct. Engraissement: 0 kg. 800.

OBSERVATION N° 50

Yo. Ak., 34 ans, journalier. Chancre syphilitique à 15 ans. B.-W. positif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse excavante chronique hémoptoïque bilatérale, à son stade ultime, évoluant depuis 3 ans.

Examen. — Très mauvais état général. Syndrome cavitaire bilatéral étendu. B. K. = 8 par champ. Température: 38°-39°. Gros foie. Tension au Vaquez: 11,5-7,5.

Radiographie. — A droite dans les deux tiers supérieurs: opacité largement excavée. Image identique dans la région intercleidohilaire gauche avec quelques taches floues au-dessous.

Après une amélioration transitoire, l'évolution progressive reprend et le malade meurt.

OBSERVATION N° 51

Sa. Mok., 34 ans, coiffeur. Chancre syphilitique soigné à 26 ans. B.-W. positif.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse excavante hémoptoïque chronique, bilatérale, évoluant depuis un an par poussées hémoptoïques avec points de côté thoraciques.

Examen. — Etat général médiocre. Syndrome de condensation des deux sommets. B. K. = 2 par champ. Légère splénomégalie. Tension au Vaquez: 11-7.

Radiographie. — Des deux côtés: ombres hilaires accentuées. Fines marbrures semées de taches micronodulaires. Opacités non homogènes multiexcavées intercleidohilaires. Trachée déviée à gauche, rétrécie à sa partie inférieure.

Lipiodol. — Rétrécissement trachéal inférieur. Aspect moniliforme des bronches souches inférieures droite et gauche.

Création d'un pneumothorax gauche, rendu inefficace par suite d'adhérence en masse du sommet. Déviation du médiastin. Epanchement consécutif, nécessitant ponctions

et décompressions. Ultérieurement tumeur blanche du genou gauche.

Chrysothérapie bien supportée, inefficace.

Amaigrissement de 4 kgs à la sortie du malade.

OBSERVATION N° 52

Rey. AL., 33 ans, représentant de commerce. Chancre syphilitique à 16 ans. B.-W. positif.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse excavante subaiguë bilatérale à prédominance droite, légèrement hémoptoïque avec atteinte moyenne de l'état général, évoluant depuis 10 mois et, semble-t-il, à la suite d'un traitement bismuthomercurique récent.

Ce malade, ancien syphilitique, se soumettait périodiquement à un traitement spécifique. C'est un traitement bismutho-hydrargyrique institué à l'occasion de céphalées et de pertes passagères de la mémoire, après vérification de la positivité du B.-W., qui semble avoir déclenché son évolution tuberculeuse.

Examen. — Syndrome de condensation du sommet gauche avec quelques râles ronflants et sibilants. B. K. = 6 par champ. Tension au Vaquez: 11,5-8. Température: 37°-38°. Albuminurie: 0.50 p. 1.000.

Radiographie. — A droite: spélonque sous-claviculaire des dimensions d'une petite prune, finement bordée; partout ailleurs fines marbrures. A gauche: système cavitaire de la moitié supérieure du poumon formé, semble-t-il, de 6 ou 7 petites cavernes juxtaposées et superposées, sans réaction péricavitaire; marbrures dans le reste de la plage pulmonaire.

Pneumothorax thérapeutique gauche: adhérences et rigidité du moignon pulmonaire, maintenant béantes les cavernes. Réaction liquidienne légère. Le malade sort ayant engraisé de 1 kg. 500. Ultérieurement, le pneumothorax restant inefficace, il est abandonné, et on institue un traitement chrysothérapique.

OBSERVATION N° 53

Kou. Mo., 39 ans, journalier. Chancre syphilitique en 1917. B.-W. négatif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse chronique du poumon droit. Pneumothorax impossible. Phrénicectomie: amélioration, rétraction. Rechute à l'occasion du jeûne du Ramadan. Gros amaigrissement. Point de côté thoracique gauche. Température: 37°-38°9.

Examen. — Assez bon état général. Signes cavitaires du sommet droit. B. K. = 3 par champ. Cuti-réaction à la tuberculine: + + +. Tension au Vaquez: 10,5-7. Sang: protides: 69 p. 1.000; sérine: 39 p. 1.000; globuline: 30 p. 1.000. Rapport S/G 1.30. Cholestérine: 1,95 p. 1.000.

Radiographie. — A droite: deux images cavitaires rétroclaviculaires bien limitées, du volume d'un œuf, reliées au hile par des marbrures; diaphragme surélevé, anguleux, relié également au hile, à sa partie interne, par des marbrures anormalement opaques. A gauche: entre le hile et l'apex: travées et taches floues, avec peut-être cavités rétroclaviculaires. Marbrures dans le reste du parenchyme, surtout entre hile et diaphragme.

Lipiodol. — Image normale.

OBSERVATION N° 54

Da. Ab., 33 ans, journalier. Chancre syphilitique ancien. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse chronique bilatérale hémoptoïque. Vieux tousseur, avec expectoration abondante; assez bon état général.

Examen. — Syndrome cavitaire du sommet droit. Syndrome de condensation du sommet gauche, avec quelques râles humides. B. K. = 1 par 2 champs. Cuti-réaction à la tuberculine: + +. Température: 37°5-38°5. Tension au

Vaquez: 12-7. Sang: protides: 76 p. 1.000; sérine: 37 p. 1.000; globuline: 39 p. 1.000. Rapport S/G = 0,92. Cholestérine: 1,70 p. 1.000.

Radiographie. — A droite multiples images cavitaires du tiers supérieur sans grosse réaction péricavitaire. A gauche: aspect en fromage de gruyère de la moitié supérieure, avec opacités marquées périhilaires.

Repos: amélioration. Injections bismuthiques: aucune action. Sort après un engraissement de 9 kgs.

Revient 6 mois après pour une reprise des symptômes, avec aggravation radiologique. Repos. Grosse amélioration. Traitement mercuriel (cyanure): aucun effet.

C) Formes fibrocossées communes

OBSERVATION N° 55

D. Moh., 35 ans, journalier. Pas de chancre avoué. B.-W. fortement positif. Paludisme. Ethylisme.

Tuberculose pulmonaire bilatérale chronique fibrocossée. Début datant de 5 ans. Cessation du travail depuis 3 ans. Nombreuses hémoptysies assez abondantes. Gros amaigrissement. Température fébrile terminale.

Examen. — Syndrome cavitaire du sommet droit. Respiration soufflante du sommet gauche. B. K. = 10 par champ.

Radiographie. — Nombreuses géodes de petites dimensions du tiers supérieur du poumon droit finement bordées. A gauche: taches floues périhilaires excavées, étendues.

Traitement. — Crisalbine: dose totale 3 gr. 20. Mais évolution progressive et mort avec phlébite bilatérale successive.

OBSERVATION N° 56

Sa. Fr., 35 ans, plâtrier. Chancre syphilitique à 19 ans irrégulièrement soigné. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire chronique: début remontant à 1927. En 1930, la radio montre deux cavernes rétroclaviculaires droites. Forme hémoptoïque fibrocaséuse, fébrile, avec grosse atteinte de l'état général.

Examen. — Signes cavitaires du sommet droit. Signes de condensation du sommet gauche. B. K. = 5 par champ. Tension au Vaquez: 11-6,5.

Radiographie. — Image en fromage de gruyère de la moitié supérieure du poumon droit. A gauche: taches floues périhilaires.

Le malade reçoit 12 injections bismuthiques intra-musculaires.

Amélioration: sort sur sa demande.

OBSERVATION N° 57

Sa. Ga., 49 ans, camionneur.

Chancre spécifique à 20 ans. B.-W. fortement positif. Ethylisme.

Tuberculose fibrocaséuse chronique hémoptoïque bilatérale à prédominance droite.

Premier incident hémoptoïque en 1930. Pneumothorax thérapeutique droit suivi d'épanchement. Ponctions. Grosse amélioration. Interruption du pneumothorax en 1933. Nouvelle poussée hémoptoïque et fébrile en 1934.

Cliniquement: syndrome pleurétique de la ligne axillaire droite. B. K. = 1 par champ.

Radiographie. — Image en fuseau de pleurésie axillaire droite. Après ponction: à droite, image de pachypleurite viscérale. Image cavitaire parahilaire. Nombreux tractus irradiant autour du hile, semés de taches micronodulaires. A gauche: tractus et taches micronodulaires à point de départ hilaire. Trachée scoliée et de calibre irrégulier. Le liquide ponctionné est louche et contient du B. K. Amélioration. Rechute hémoptoïque en 1935; actuellement en traitement.

OBSERVATION N° 58

Dec. Ar., 51 ans. chef de chantier. Chancre syphilitique traité à 20 ans. B.-W. positif. Rhumatisme articulaire aigu en 1928 et 1932, accompagnant le début d'une sclérodémie. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse chronique. Tousse et crache depuis 4 ans tous les matins. Aurait un peu maigri. Hémoptysie de sang noir 5 jours après une chute sur le moignon de l'épaule gauche avec fracture de la tête de l'humérus. 15 jours après, hémoptysie franche de sang rouge.

Examen. — Signes de condensation des deux sommets, avec râles sibilants disséminés. B. K. = 1 par 3 champs. Tibias en lame de sabre. Tension au Vaquez: 13-8. Cuti-réaction à la tuberculine: +.

Radiographie. — Accentuation radiologique de la trame particulièrement marquée dans les régions moyennes, surtout à droite, sans cavités apparentes.

Trachée légèrement déviée à droite, sans irrégularités de calibre.

Traitement arséno-bismuthique bien supporté mais inefficace.

OBSERVATION N° 59

Bou. Bou., 32 ans, journalier. Chancre syphilitique à 22 ans. Leucoplasie buccale. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse chronique évoluant depuis 2 ans, mais ayant pris depuis un an une allure aiguë progressive. Quelques crachats hémoptoïques.

Examen. — Cachexie. Syndrome de condensation du sommet droit avec rares râles humides. Syndrome pleurétique de la base droite. B. K. = 10 par champ.

Insuffisance cardiaque: gros cœur, insuffisance mitrale fonctionnelle, gros foie douloureux avec reflux hépato-

jugulaire, œdème des membres inférieurs. Syndrome d'entérite tuberculeuse (diarrhée fréquente, jaunâtre, fétide, parfois avec sang noir, incoercible, abdomen douloureux). Sang: protides: 77 p. 1.000; sérine: 49 p. 1.000; globuline: 36 p. 1.000. Rapport S/G = 1,48. Cholestérine: 1,50 p. 1.000.

Radiographie. — A droite: opacité intercleidohilaire, non homogène avec excavations; fine ligne scissurale; image d'épanchement de la base. A gauche, travées intercleidohilaires avec image de spélouque dans l'angle costoclaviculaire.

Mort dans le marasme.

OBSERVATION N° 60

So. Bar., 40 ans, forgeron. Chancre syphilitique traité à 19 ans. B.-W. négatif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse chronique évoluant depuis 4 mois avec atteinte franche de l'état général.

Examen. — Syndrome cavitairé des deux sommets, surtout à droite. B. K. = 1 par 5 champs. Cuti-réaction à la tuberculine: + + +. Gros foie. Température: 37°-38°5.

Radiographie. — Poumon droit: dans la moitié supérieure: images cavitaires sans réaction péricavitaire. A gauche: opacité non homogène intercleidohilaire, avec nombreuses petites cavités. Partout ailleurs: images en mailles de filet, avec quelques nodules flous à gauche. Trachée: ectasie fusiforme. Attraction à droite.

Pneumothorax non réalisable. Phrénicectomie droite: ascension du diaphragme de 5 cm. La température s'améliore. Crisalbine (8 gr.) sans effet sur les poids.

A la sortie du malade B. K. = 1 par champ. Gros nettoyage radiologique.

OBSERVATION N° 61

Gha. Moh., 43 ans, dératiseur. Pas de chancre. B.-W. positif. Sa femme a eu 5 fausses couches, puis 5 grossesses à terme. Parents tousseurs chroniques.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse droite chronique. Poussée évolutive depuis un mois chez un malade toussant depuis 6 ans.

Examen. — Acromégalie. Etat général médiocre. Poumons: syndrome d'emphysème avec bronchite. Quelques râles bulleux au sommet droit. B. K. = 8 par champ. Température: 37°-38°5. Splénomégalie. Tension au Vaquez: 11-6,5.

Radiographie. — A droite: marbrures intercleidohilaires avec images spéléomorphiques à bordure nette; ailleurs renforcement de la trame radiologique: quelques points d'opacité calcaire. A gauche: renforcement de la trame radiologique.

Lipiodol. — Trachée moniliforme. Pas de dilatations bronchiques.

Hospitalisation de 3 mois sans changement.

OBSERVATION N° 62

Sch. An., 42 ans. Traitée dans sa jeunesse pour accidents syphilitiques. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse chronique hémoptoïque à forme de lobite supérieure droite dépassée, évoluant cliniquement depuis 4 mois, après 8 mois d'asthénie.

Examen. — Femme pâle, voix rauque. Etat général moyen. Syndrome cavitaires discret au sommet droit. B. K. = 1 par champ. Température: 38°-38°6. Légère hépatomégalie. Tension au Vaquez: 9-7.

Radiographie. — A droite: spélouque à contours flous dans l'angle costo-claviculaire, du volume d'une noix. Ligne scissurale nette, avec opacité sus-scissurale externe. Dans la région parahilaire moyenne: opacité homogène à bords flous, du volume d'une grosse noix.

Lipiodol. — Image normale.

Pneumothorax thérapeutique droit: dislocation lobaire. Deux adhérences filiformes au niveau du lobe supérieur qui est rigide et mal collabé. Ultérieurement: épanchement de moyenne abondance. Disparition de la cavité. Négativation de la bacilloscopie. Amélioration clinique. Pneumothorax actuellement entretenu.

OBSERVATION N° 63

Tur. Bou, 49 ans, coupeur de tabac. Chancre syphilitique traité à 21 ans. B.-W. fortement positif. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse bilatérale chronique à prédominance gauche évoluant depuis un an; crachats parfois striés de sang. Atteinte moyenne de l'état général. Dyspnée d'effort.

Examen. — Asthénie, dyspnée. Syndrome cavitairé au sommet gauche. Respiration soufflante au sommet droit. B. K. = 3 par champ. Gros foie indolore. Réflexes tendineux exagérés. Température: 36°8-38°5. Tension au Vaquez: 10-6.

Radiographie. — Poumon droit: exagération de toutes les ombres normales; semis discret de taches micronodulaires floues. Poumon gauche: nombreuses images micronodulaires floues sur un squelette pulmonaire d'opacité et de ramifications exagérées. Quelques images cavitaires dans les régions intercleidohilaire et apicale.

Bref séjour dans le service.

OBSERVATION N° 64

Ba. Ab., 35 ans, journalier. Chancre syphilitique à 26 ans. B.-W. négatif.

Tuberculose pulmonaire fibrocaséuse hémoptoïque bilatérale subaiguë évoluant depuis 4 mois.

Examen. — Mauvais état général. Quelques frottements dans la région moyenne de la plage droite. B. K. = 4 par champ. Légère splénomégalie. Température: 37°5-40°. Tension au Vaquez: 13,5-8,5.

Radiographie. — A droite et à gauche: marbrures intercleidohilaires. Image cavitaire(?) sous la clavicule droite. Accentuation de la trame radiologique.

Traitement. — Bi-iodure de mercure: 10 injections. Le malade sort légèrement amélioré.

OBSERVATION N° 65

Ca. Ch., 31 ans. Aucun antécédent spécifique avoué. B.-W. fortement positif. Sa femme a présenté un avortement de 3 mois, puis un accouchement à terme.

Tuberculose pulmonaire bilatérale fibrocaséuse subaiguë évoluant depuis 5 mois avec atteinte franche de l'état général.

Examen. — Syndrome cavitaire du sommet droit. Quelques râles bulleux fins au sommet gauche. B. K. = 5 par champ. Température: 37°-38°5. Tension au Vaquez: 12-6.

Radiographie. — A droite: taches et travées floues dans le tiers supérieur du poumon, avec quelques petites images cavitaires. A gauche: image en nid d'abeilles dans la moitié supérieure. Trachée irrégulièrement élargie dans sa moitié inférieure.

Traitement crislabinique en cours. Amélioration.

IV. FORMES MILIAIRES

OBSERVATION N° 66

T. Fr., 50 ans, journalier. Pas de chancre. Ectasie aortique. B.-W. positif.

Tuberculose pulmonaire chronique bilatérale miliaire chez un malade présentant une laryngite B pour laquelle il était traité depuis un mois lorsqu'il fut évacué dans le service, et une myopathie type Landouzy Déjerine datant de sa jeunesse. Début remontant à un an. Interrogatoire rendu difficile par l'aphonie du malade et son langage espagnol.

Examen. — Gros amaigrissement. Myopathie.

Submatité et respiration soufflante au sommet droit. B. K. = 0. Inoculation des crachats au cobaye: B. K. +. Cuti-réaction à la tuberculine: ++. Laryngite infiltrante et ulcéreuse. Tension au Vaquez: 11-6. Température: 36°8-38°.

Radiographie. — Images micronodulaires dans presque tout le poumon droit. Condensations plus rares, plus étalées et plus floues dans le poumon gauche. Ectasie aortique. Gros ventricule gauche. Dans le service, le malade fait une poussée évolutive et meurt.

Autopsie. — Voir le chapitre d'anatomie pathologique.

OBSERVATION N° 67

Dr. Am., 29 ans, journalier. Hérédo-syphilis. B.-W. négatif. Paludisme invétéré. Granulie froide chez un hérédosyphilitique paludéen.

Hospitalisé dans le service d'oto-rhino-laryngologie pour otite suppurée est adressé en consultation pour toux et dyspnée d'effort.

Examen. — Malade pâle. Bon état général. Thorax : aucun signe clinique. B. K. = 0. Hépatosplénomégalie. Tension au Vaquez: 9,5-7,5. Pas de fièvre.

Radiographie du thorax. — Image typique de granulie. Pensant à la possibilité d'une granulie syphilitique on institue un traitement d'épreuve: novarsénobenzol, 0,15. La température monte à 38°. On abandonne le 914 pour le bismuth; la température monte à 39°. On interrompt le traitement: la température devient normale. Puis apparaît progressivement un syndrome méningé, que confirme l'analyse biologique et chimique du L.C.R. Présence de B. K. dans le culot de centrifugation. Mort.

Des cobayes inoculés avec les crachats meurent tuberculisés.

OBSERVATION N° 68

K. A., 29 ans, journalier. Syphilis secondotertiaire longtemps soignée. B.-W. positif.

Tuberculose pulmonaire miliaire d'évolution subaiguë chez un malade porteur d'une lésion ancienne et limitée du sommet droit. Début remontant à 7 mois. Toux minime. Expectoration jaunâtre collante. Léger point de côté à la base droite. Dyspnée. Amaigrissement. Température: 37°4-39°.

Examen. — Syndrome cavitairé minime au sommet droit. Submatité. Obscurité respiratoire et frottements aux deux bases. B. K. = 1 pour 3 champs. Cuti-réaction à la tuberculine: douteuse. Alternatives de diarrhée et de constipation. Douleurs dans la fosse iliaque gauche. Tension au Vaquez: 10-5.

Radiographie. — Poumon droit: taches nodulaires, surtout au sommet de la ligne axillaire. Exagération radiologique de la trame. Poumon gauche: images micronodulaires parahilaires. Images en mailles de filet dans le reste de la plage pulmonaire.

Traitement. — Crisalbine (2 gr.), inefficace. Evolution fébrile progressive. Mort.

Autopsie. — Voir le chapitre d'anatomie pathologique.

OBSERVATION N° 69

Se. Lor., 32 ans, journalier. Chancre à 20 ans, traité. B.-W. positif. Ethylisme.

Tuberculose pulmonaire bilatérale miliaire aiguë évoluant depuis 4 mois, avec grosse atteinte de l'état général, enrouement, dysphagie.

Examen. — Syndrome cavitare des deux sommets, surtout à droite. *Laryngoscopie*: épiglotte et replis aryténoépiglottiques infiltrés. Vaste ulcération superficielle de la bande ventriculaire et de la corde vocale gauche. B. K. = 5 par champ. Tension au Vaquez: 11-7. Température: 37°-39°. Sang: protides: 56 p. 1.000; sérine: 28 p. 1.000; globuline: 28 p. 1.000. Rapport S/G = 1. Cholestérine: 1,50 p. 1.000.

Radiographie. — Système cavitare sous-claviculaire droit et peut-être aussi parahilaire gauche. Infiltration micronodulaire des deux plages pulmonaires sur toute leur surface.

Malgré le traitement hygiénodietétique, l'évolution progressive se poursuit. Le malade sort après 2 mois d'hospitalisation.

V. FORMES DIVERSES

OBSERVATION N° 70

Bel. Sa., 45 ans, journalier. Chancre spécifique ancien. B.-W. positif. Paludisme. Ethylisme. Tabagisme. Deux sœurs mortes de tuberculose pulmonaire.

Tuberculose pleuro-pulmonaire chronique fibreuse hémoptoïque chez un vieux tousseur (tousse et crache tous les hivers depuis 1915). Accidents actuels évoluant depuis deux mois. Douleur diffuse dans l'hémithorax gauche. Exagération de la toux et de l'expectoration. Hémoptysie. Amaigrissement de 20 kgs.

Examen. — A gauche: obscurité respiratoire et frottements. B. K. = 0. Cuti-réaction à la tuberculine: +. Température: 36°8-37°8. Sang: protides: 78 p. 1.000; sérine: 40 p. 1.000; globuline: 38 p. 1.000. Rapport S/G = 1,05. Cholestérine: 2,45 p. 1.000.

Radiographie. — Ombre homogène des 3/5 inférieurs du poumon gauche. Attraction légère de la trachée à gauche. (Séquelles probables d'un épanchement pleural).

Traitement arséno-bismuthique: amélioration. Crachats inoculés à 3 cobayes; l'un d'eux meurt 3 mois après. Présence de B. K. dans les ganglions trachéobronchiques. Les deux autres sont négatifs. Leurs organes (ganglions et rate) réinoculés à deux cobayes donnent chez l'un d'eux une tuberculose type Villemin un mois après. L'autre paraît indemne. Ses organes réinoculés à deux cobayes leur donnent une tuberculose type Villemin.

Le malade très amélioré sort: nettoyage radiologique parfait. Cuti-réaction à la tuberculine: ++.

OBSERVATION N° 71

Bou. Mo., 29 ans, cordonnier. Pas de chancre. B.-W. positif. Adénites bacillaires fistulisées dans l'enfance. Ethylisme. Tabagisme.

Tuberculose pleuro-pulmonaire à tendance scléreuse d'évolution chronique, bilatérale à prédominance droite avec pleurésie sérofibrineuse droite ayant débuté il y a 4 mois par une douleur thoracique diffuse, persistante, surtout marquée à droite. Toux apparue depuis 2 mois.

Examen. — Etat général médiocre. Thorax: base droite: syndrome de pleurésie avec épanchement de moyenne

abondance. Sommet droit: petit syndrome cavitaires. A gauche: quelques sibilants et sous-crépitations fins. B.K.=0. Tension au Vaquez: 10,5-8.

Radiographie. — A droite: image de pleurésie de la base. Petite cavité sous-claviculaire nettement bordée. Marbrures nettes du reste de la plage pulmonaire. A gauche: marbrures moins nettes.

Inoculation des crachats et du liquide pleural: B. K.: positive.

Repos. Amélioration générale et locale.

OBSERVATION N° 72

Dah. Ah., 36 ans, journalier. Aucune notion de chancre. Perforation du voile du palais. B.-W. fortement positif. En 1928: amputation basse de la jambe gauche pour tumeur blanche du cou de pied. En 1929. amputation haute de la même jambe pour artérite spécifique probable.

Tuberculose pulmonaire hémoptoïque chronique interstitielle fibreuse évoluant depuis 5 ans, sous la forme d'emphysème avec bronchite chronique, avec B. K. = 0 et une simple accentuation de la trame pulmonaire à la radiologie. Puis apparaît un mal de Pott des 3^e et 4^e lombaires avec un volumineux abcès ossifluent et une température à 37°-39°. A la même époque nouvelle hémoptysie et B. K. = 1 par 3 champs.

Radiographie. — Signes de condensation au sommet droit très limitée, et apparition à la radio d'une opacité floue, excavée, sous claviculaire. A gauche: simple accentuation des ombres bronchovasculaires.

Cuti-réaction à la tuberculine: ++. Sang: protides: 65 p. 1.000; sérine: 27 p. 1.000; globuline: 38 p. 1.000. Rapport S/G: 0,71. Cholestérine: 0,94 p. 1.000.

Traitement arsénobismuthique prolongé, sans aucun effet. Mort.

Autopsie. — Poumon droit: pachypleurite avec adhérences au sommet. Adhérences à la partie antéro-interne de la base: en les détachant on déchire la paroi d'une petite caverne. A la coupe: infiltration nodulaire caséuse de tout le poumon. Caverne à la base.

Poumon gauche: fortement adhérent au sommet, nombreuses caséifications micronodulaires du lobe supérieur. Lobe inférieur congestionné.

OBSERVATION N° 73

Be. Jo., 52 ans. Chancre spécifique peu soigné à 25 ans. B.-W. négatif. Sa femme a présenté deux avortements. Pas d'enfant vivant.

Tuberculose pulmonaire caséuse subaiguë datant de un mois et demi, avec amaigrissement de 19 kgs. fièvre hectique. Légèrement hémoptoïque.

Cliniquement: syndrome de condensation des deux sommets avec râles humides au sommet droit. B. K. = 2 par champ. Gros foie. Tension au Vaquez: 8,5-5,5.

Radiographie. — Images nodulaires périhilaires bilatérales, plus étendues à droite où certaines sont cavitaires. Crosse aortique débordant largement.

L'évolution continuant, le malade sort sur sa demande.

BIBLIOGRAPHIE

- ABECASSIS (Albert). — Contribution à l'étude de l'origine syphilitique des dilatations bronchiques. (*Thèse*, Lyon, 1910).
- ABULKER (Joseph). — Allergie et syphilis. (*Thèse*, Alger, 1928).
- ALBOU (André). — Etude de la tuberculose des travailleurs indigènes algériens dans les grandes villes. (*Thèse*, Alger, 1930).
- ALVAREZ Fernandez. — Sifilis y tuberculosis en medio sanatorial (*Archivos di medicina, sirurgia y especialidades*, 21 mai 1932).
- AMEUILLE et LEMOINE. — Bronchectasie et thrombose de l'artère bronchique. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 7 décembre 1924).
- AMEUILLE et LEMOINE. — Bronchectasie et thrombose de l'artère bronchique. (*Presse Méd.*, 1^{er} juin 1935).
- ARCHIBALD. — X Ray demonstration of pulmonary changes in tuberculosis by lipiodol injection. (*The Can. Med. Assoc. Journ.*, octobre 1925).
- ARMAND-DELILLE, HILLEMANT, LESTOCQUOY et MALLET. — Les déviations de la trachée dans la tuberculose pulmonaire chronique. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 9 décembre 1921).
- ARMAND-DELILLE, HILLEMANT, LESTOCQUOY et MALLET. — Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale dans la tuberculose pulmonaire chronique. (*Presse Méd.*, 25 février 1922).
- AUBRY et THIODET. — La tuberculose pulmonaire en Algérie. (Rapport au VIII^e Congrès National de la Tuberculose, Marseille, 15-18 avril 1935).

- AZOULAY. — La forme sèche hémoptoïque de la dilatation bronchique. (*Thèse*, Paris, 1924).
- BALZER. — Syphilis de la trachée, des bronches et des poumons. (*Nouveau traité de médecine et de thérapeutique Gilbert et Thoinot*, 1910).
- BALZER. — Contribution à l'étude de la syphilis des bronches et du poumon. (*Paris Méd.*, 21 janv. 1922).
- BARBIER. — Tuberculose pulmonaire. (*Nouveau traité de médecine et de thérapeutique Gilbert et Thoinot*, 1910).
- BAUER. — Syphilis et tuberculose. (*Bruxelles Médical*, 13 mai 1934).
- BENDA. — La bronchite chronique syphilitique. (*Thèse*, Paris, 1927).
- BERIEL. — Syphilis du poumon, in « *Eléments d'anatomie pathologique* ». (Paris, 1911).
- BERNARD (Léon). — Rapports de la tuberculose et de la syphilis du poumon. (*Rev. de la Tub.*, 1923, p. 536).
- BERNARD (Léon). — Dilatation des bronches et tuberculose. (*Journ. des Praticiens*, 22 avril 1933).
- BERNARD (Léon) et LAMY. — Sur trois cas de bronchectasies liées à des scléroses pulmonaires de nature tuberculeuse (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 29 avril 1927).
- BERTIER. — Tuberculose pulmonaire chronique, in « *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* ». Sergent, Ribadeau-Dumas et Barbonneix (Maloine, Paris, 1926).
- BETHOUX. — La lobite supérieure, localisation de la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Paris, 1925).
- BEZANÇON et CHEVALLEY. — Associations microbiennes dans l'infection tuberculeuse. (Rapport au V^e Congrès National de la Tuberculose, Strasbourg, 1923).
- BEZANÇON et ETCHEGOIN. — Présence de spirochètes dans les crachats hémoptoïques des tuberculeux. (*Rev. de la Tub.*, 1925, p. 377).

- BEZANÇON et JACOB. — Etude clinique et anatomique d'un cas de syphilis pulmonaire. (*Rev. de la Tub.*, n° 5, 1923).
- BEZANÇON et DE JONG. — Tuberculose pulmonaire, in « Précis de pathologie médicale » (Masson, 1931, t. III, p. 334).
- BLECHMANN. — Asociatiunea arseno mercuriala in tratamentul sifilisului supraadaugat sau concomitent cu tuberculoza pulmonara. (*Revista stiintelor medicale*, novembre 1932, p. 1.283).
- BONNAMOUR. — Dilatations des bronches ampullaires syphilitiques. Division des dilatations des bronches. (*Lyon Méd.*, 8 janvier 1933).
- BONNAMOUR, BADOLLE et GAILLARD. — Le radiodiagnostic dans les affections broncho-pulmonaires par le lipiodol. (Paris, 1929).
- BOYAVAL (Mlle). — Contribution à l'étude des syndromes de rétraction dans les scléroses pulmonaires du sommet droit. (*Thèse*, Lille, 1928-29).
- BRETON. — Syphilis et tuberculose. (*L'Echo Méd. du Nord*, 30 décembre 1934).
- CARRERA. — A pathologic study of the lung in one hundred and fifty two autopsy cases of syphilis. (*Am. Journ. of syph.*, janvier 1920).
- CHABBERT. — Valeur séméiologique de la tuberculose pulmonaire fibreuse dans la recherche de la syphilis. (*Thèse*, Paris, 1908).
- CHEVALLIER. — La tuberculose acquise des syphilitiques. (*Journ. de Méd. et de Chir.*, 1931, p. 550).
- CORDIER. — La chrysothérapie chez les tuberculeux syphilitiques. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 1931, in *Presse Méd.*, 12 décembre 1931, p. 1.837).
- COURCOUX et LABESSE. — Fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile. (*Rev. de la Tub.*, 1921, t. II, p. 196).

- COURCOUX et LELONG. — Les formes cliniques et le diagnostic de la syphilis du poumon chez d'adulte. (*Journ. Méd. Français*, décembre 1922).
- COURCOUX et LELONG. — Remarques à propos de la syphilis pulmonaire. (*Marseille Méd.*, 1926, p. 1.531).
- CORCOUX et LEREBoullet. — Un cas de syphilis pulmonaire. (*Paris Méd.*, 17 février 1924).
- COYON, MARTY et AIMÉ. — Un cas de dilatations bronchiques avec sinistocardie et déviation de la trachée. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 juillet 1927).
- CURTILLET. — Technique du radiolipiodol bronchique, quelques points de pratique. (*Algérie Méd.*, 1934, p. 741).
- DALSACE. — De l'étiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire. (*Thèse*, Paris, 1920).
- DANIELSON et MANFRED. — Some experiences of bronchography after injections of lipiodol. (*Acta radiologica*, 1924, p. 157).
- DECHAUME. — La granulie pulmonaire syphilitique. (*Arch. Méd.-Chir. de l'appareil respiratoire*, 1930, p. 127).
- DECONINCK. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire fibreuse dans ses rapports avec la syphilis. (*Thèse*, Paris, 1924).
- DESPLATS et D'Hour. — Déviation médiastinale et sinistocardie avec déviation trachéale. Syndrome pseudocavitaire apical gauche. Lipiodol. (*Journ. de radiol. et d'électrol.*, 1926, p. 407).
- DIETLEM. — Über die tertiärelungensyphilis der erwachsenen. (*Klin. Wochens.*, 15 sept. 1934, p. 1.297).
- DOUBROW. — Syphilis pulmonaire. (*Le Concours Médical*, 21 janvier 1933).
- DUMAREST. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire fibreuse. (*Journ. Méd. de Lyon*, 5 avril 1926).
- DUPLENNÉ (Mlle). — Etude sur la tuberculose chez les Indigènes musulmans en Tunisie. (*Thèse*, Paris, 1927).

- ELHADI LAHSEN. — Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse chez les Indigènes musulmans d'Algérie. (*Thèse*, Alger, 1929).
- ELIZALDE. — Anatomia pathologica y patogenia de la sifilis pulmonar. (*Buenos-Ayres*, 1920).
- FAVRE. — La pachybronchite. (*Lyon Méd.* 13 déc. 1925).
- FAVRE et CONTAMIN. — La syphilis pulmonaire granulique. Formes anatomiques et cliniques. Syphilis et tuberculose pulmonaires aiguës. (*Lyon Méd.*, 29 juillet 1928).
- FLURIN. — Pathogénie des bronchites chroniques. (*Thèse*, 1911).
- FOURNIER. — Traité de la syphilis, 1901. t. II, p. 717.
- GATÉ et GARDÈRE. — La syphilis pulmonaire à forme de corticopleurite. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 15 juillet 1927).
- GIMBERT. — Tuberculose aiguë, in « Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée » Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix (Paris, Maloine, 1926).
- GUALDI. — Azione dell'auroterapia sulla tubercolosi pulmonare in infermi luetici o malarici. (*Rinascenza medica*, 1^{er} nov. 1933).
- HABLISTON et MAC LANE. — The coexistence of syphilis and pulmonary tuberculosis. (*Am. Rev. of Tub.*, 1^{er} juillet 1927).
- HANOUNE. — L'allergie cutanée dans la syphilis, et en particulier dans la syphilis de l'indigène algérien. (*Thèse*, Alger, 1927).
- HARTUNG et FRIEDMAN. — Pulmonary syphilis. (*Journ. Am. Med. Assoc.*, 4 juin 1932).
- HUGUENIN, FOULON et ALBOT. — Les difficultés du diagnostic des scléroses pulmonaires tuberculeuses et syphilitiques. (*Soc. d'Anatomie*, 9 février 1932).

- HUTINEL (J.). — Contribution à l'étude anatomique et clinique de la dilatation des bronches. (*Thèse*, Paris, 1922).
- HUTINEL et KOURILSKY. — Syphilis pulmonaire, in « *Traité de la syphilis* » Jeanselme, 1934.
- JACOB. — Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulmonaire. (*Rev. de la Tub.*, 1923, p. 540).
- JONG (S. I. de). — La syphilis bronchopulmonaire. (*Ann. d'Anat. Path.*, mars 1926).
- KATZMAN et NOWIKOW. — Die bronchographie als methode differentialle diagnostik von Tuberculösen und bronchiektasien. (*Ztschr. f. tub.*, 1930, p. 44).
- KENNEDEE et LEE. — The treatment of syphilis in the presence of pulmonary tuberculosis. (*Can. Med. Journ. Assoc.*, avril 1934).
- KLINGENSTEIN. — Ergebnisse obligatorischer syphilis sérodiagnostik an einen tuberkulose krankenhaus. (*Klin. Wochens.*, 27 juillet 1927).
- KUHLMANN et OLBRECHTS. — Syphilis et tuberculose. (*Scalpel*, 2 déc. 1933).
- LAMOUREUX. — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis. Sa tolérance chez les tuberculeux. (*Thèse*, Montpellier, 1929).
- LANGERON, DESPLATS et DESORGHIER. — Syphilis pulmonaire sclérogommeuse: examen histologique et radiologique. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 20 mai 1934).
- LAUBRY (Ch.) et BLOCH.. — Déviation trachéales dans les pneumopathies chroniques. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 9 déc. 1921).
- LECAPLAIN. — La syphilose pulmonaire. (*Rev. de Méd.*, 1923, p. 28).
- LEMAIRE (G.). — La tuberculose chez l'Indigène musulman d'Algérie. (*Sud Méd. et Chirur.*, 15 sept. 1923).
- LE MER. — Influence de la syphilis sur la tuberculose pulmonaire. (*Thèse*, Lyon, 1920-21).

- LEREDDE. — Etude sur une forme ignorée de la syphilis pulmonaire. (Emphysème, asthme et syphilis). (*Paris Méd.*, 15 oct. 1927).
- LETULLE. — La syphilis pulmonaire de l'adulte. (*Acad. de Méd.*, 17 avril 1923).
- LETULLE. — La fonte suppurative des foyers caséeux de la tuberculose pulmonaire. (*Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, mai 1923, p. 398).
- LETULLE. — Le poumon (Paris, 1924).
- LETULLE. — La tuberculose pleuropulmonaire, (Paris, 1916).
- LETULLE. — L'armature élastique des bronches cartilagineuses à l'état normal et en histopathologie. (*Presse Méd.*, 30 août 1934).
- LETULLE, BEZANÇON, M.-P. WEILL et DE GENNES. — Un cas de syphilis pulmonaire avec tuberculose associée. (*Rev. de la Tub.*, 1923, p. 533).
- LETULLE et DALSACE. — Les formes latentes de la syphilis pulmonaire. (*Presse Méd.*, 27 mars 1926).
- LETULLE et HALBRON. — La tuberculose pulmonaire, in « Traité de médecine », Roger, Widal et Teissier (Paris, Masson, 1926).
- LÉVI-VALENSI (A.). — La tuberculose pulmonaire chez l'Indigène musulman (adulte). Rapport à la Fédération des Sociétés médicales d'Algérie, 5-7 avril 1933.
- LÉVI-VALENSI (A.). — La tuberculose pulmonaire chez l'Indigène musulman algérien adulte. (*Rev. de Phthisiologie*, déc. 1933).
- LÉVI-VALENSI (A.). — Granulie froide chez un Indigène syphilitique et paludéen: traitement anti-syphilitique; méningite tuberculeuse. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 9 sept, 1934).

- LÉVI-VALENSI, SUDAKA et NÉGRI. — L'injection intratrachéale de lipiodol dans la tuberculose pulmonaire, en particulier chez les tuberculeux pulmonaires anciens syphilitiques. (Commun. à la Soc. de Méd., d'Alger, 18 mai 1934. C. R. in *Algérie Méd.*, 1934, p. 408).
- MANCA (Carlos). — Contributo anatomo-pathologico alla studio della sifilide del pulmone. (*Archivio per la scienze mediche*, 1928, p. 592).
- MANTOUX. — Syphilis. Tuberculose. Mort par hémoptysie. (*Rev. de la Tub.*, 1920, p. 52).
- MARCHAND (Mlle). — Les injections intratrachéales de lipiodol. (*Thèse*, Lyon, 1925).
- MARCLAND. — Qu'il est souvent dangereux de traiter par les arsénobenzènes des syphilitiques tuberculeux. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1928, p. 548).
- MARFAN. — Syphilis de la trachée, des bronches et du poulmon. (*Traité de méd.*, Charcot, Bouchard, 1893, t. IV, p. 496).
- MASSELOT et BLOCH. — La tuberculose chez les musulmans de l'Afrique du Nord. (*Tunisie Méd.*, sept-oct. 1934).
- MASSELOT et BLOCH. — La tuberculose et la lutte anti-tuberculeuse en Tunisie. (VIII^e Congrès National de la Tuberculose, Marseille, 15-18 avril 1935).
- MASSIAS. — Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale dans la tuberculose pleuropulmonaire. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1922).
- MATTEI, VIENS et BOUDOURESQUE. — Notes cliniques et radiologiques sur les fibrothorax. (*Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, mai 1934).
- MERCIER. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la syphilis héréditaire. (*Thèse*, Paris, 1922).
- MERKLEN, WOLF et SICHEL. — Evolution régressive et guérison de gomme géantes du poulmon suivies sous l'écran. (*Presse Méd.*, 5 oct. 1932).

- MICHEL. — Un cas de polyintolérance médicamenteuse aux arsenicaux, au bismuth et au cyanure de mercure chez un tuberculeux évolutif récemment atteint de syphilis. (*Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 16 novembre 1933).
- MIGNOT. — Syphilis et tuberculose pulmonaires. (*Thèse*, Lyon, 1922-1923).
- MIRANDE. — Considérations thérapeutiques de l'association syphilotuberculeuse au niveau du poumon. (*Bull. de la Soc. de therap.*, 1924, p. 278).
- MONTEANU (Vasile). — L'action du sérum syphilitique sur le bacille de Koch. (*Arch. méd.-chir. de l'appareil respiratoire*, 1935, 1).
- MONTPELLIER. — La syphilis nerveuse en Algérie. (Rapport au Congrès de l'Association Française pour l'avancement des sciences, Alger, 15-19 avril 1930).
- MONTPELLIER, LÉVI-VALENSI, FRANÇOIS et LAFFARGUE. — Les formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire chez l'Indigène musulman algérien. (Communication à la 3^e réunion de la Fédération des Soc. des Sciences méd. en Algérie, 5-7 avril 1933).
- MOREAU. — Un cas de syphilis pulmonaire aiguë. (*Paris Méd.*, 20 fév. 1932).
- MORHARDT. — La syphilis chez les tuberculeux pulmonaires. (*La Vie Médicale*, 1928, p. 153).
- NADAL. — Scléroses pleuro-pulmonaires et médiastinales de l'enfant et hérédosyphilis. L'association de la tuberculose et de la syphilis. (*Thèse*, Paris, 1919).
- NAGUIBINE. — Vestnik tuberculosa, 1927, n° 1. (Analysé dans *Ann. des Mal. vénér.*, 1928, p. 540).
- NARIO. — Sifilis y tuberculosis. (*Revista medica latino-americana*, déc. 1933, p. 240).
- NIJENSOHN et ETCHEVERRY. — Sifilis pleuropulmonar. (*Semana medica*, 23 juin 1932).

- NoguÉ. — Contribution à l'étude des formes cliniques de la tuberculose pulmonaire aiguë chez l'Indigène algérien. (*Thèse*, Alger, 1932).
- Obszagh. — Pulmonary tuberculosis and syphilis. (*Tubercle*, janv. 1933).
- Paraf et Perrey. — Quelques points de la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire. (*Rev. de la Tuberculose*, 1932, p. 286).
- Pasini Benvegnu. — Sifilide pulmonar e tuberculosi. (*Minerva Médica*, 23 juin 1931).
- Patino Mayer. — Sifilis pulmonar. (Buenos-Ayres, 1916).
- Paviot, Barral et Guichard. — Maladie bleue tardive et pneumopathie syphilitique. (*Arch. Médico-chir. de l'appar. respiratoire*, 1933, p. 19).
- Péhu et Rougier. — Etude clinique de la syphilis broncho-pulmonaire dans la première enfance. (*Rev. française de pédiatrie*, 1934, n° 3).
- Perrault. — Chrysothérapie de la syphilis. (*Progrès Méd.*, 28 nov. 1934).
- Petit. — Syphilis et tuberculose. (*Courrier méd.*, 1926, p. 113).
- Piéry et Mignot. — Syphilis et tuberculose pulmonaire. (*Lyon méd.*, 1923, p. 364).
- Piéry et Mignot. — Discussion au V^e Congrès National de la tuberculose. (Strasbourg, 2-6 juin 1923).
- Popovitch. — Coexistence de syphilis et de tuberculose pulmonaire. Traitement exclusif par l'aurothioglucose huileux depuis 10 mois. Absence de récurrence. (*Bull. de la Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 2 juil. 1933).
- Raybaud et Jouve. — La syphilis du lobe supérieur. (*Arch. Méd.-chir. de l'app. resp.* 1934, n° 4).
- Rist. — La tuberculose (Armand Colin, 1933).

- RIST et SOULAS. — La bronchographie lipiodolée dans les bronchiectasies; précisions sur la technique et l'interprétation des clichés radiographiques (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 5 mai 1933).
- ROMAND-MONNIER. — Les granulies syphilitiques et les poussées aiguës cyanosantes de la syphilis pulmonaire. (*Thèse*, Lyon, 1930-1931).
- ROQUE. — Syphilis et tuberculose pulmonaire. Difficultés du traitement. (*Lyon Méd.*, 25 juillet 1923).
- SALME. — Contribution à l'étude des formes anatomocliniques de la tuberculose pulmonaire de l'adulte chez les syphilitiques. (*Thèse*, Marseille, 1933).
- SCHLESINGER. — Lungentuberkulose und syphilis. (*Beitrag zur Klinik der Tuberkulose*, 1932, pp. 750-760).
- SCHOLZ. — Lues diagnostik, verlauf und therapie bei lungentuberkulose. (*Ztsch. f. tub.*, pp. 243-247).
- SERGEANT. — Syphilis et tuberculose (Paris, 1905).
- SERGEANT. — Etudes cliniques sur la tuberculose (Paris, 1918).
- SERGEANT. — Nouvelles études cliniques et radiologiques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire (Paris, 1926).
- SERGEANT. — Quelques aphorismes sur l'association syphilitis et tuberculose. (*Clinique et laboratoire*, 30 novembre 1933).
- SERGEANT et BENDA. — Les gommes syphilitiques du poumon et leur diagnostic radiologique. (*Paris Méd.*, 15 février 1930).
- SERGEANT, COTTENOT et COUVREUX. — Les dilatations des bronches consécutives à la sclérose pleuro-pulmonaire. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 18 mars 1927).
- SERGEANT, PIOT et IMBERT. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des gommes syphilitiques du poumon. (*Presse Méd.*, 21 avril 1934).

- SERGEANT, PRUVOST et COTTENOT. — A propos d'un cas de dilatations bronchiques développées dans une sclérose pulmonaire avec symphyse pleurale, consécutif à une pleuro-pneumonie tuberculeuse. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 déc. 1924).
- SORS et RAKOVER. — Sur un cas de syphilis pulmonaire simulant la tuberculose. (*Monde Méd.*, 15 avril 1932).
- SOULAS. — Remarques sur la technique du lipiodolage bronchique par voie transglottique. (*Bull. trimest. de la Soc. belge d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie*, 1934, 1).
- STOÏCHITZA et CRETZU. — Le forme lobaire de la syphilis pulmonaire. (*Arch. méd.-chir. de l'app. resp.*, 1935, p. 1).
- SULLIVAN. — The treatment of syphilis in tuberculous patients. (*Am. Journ. of syphilis*, janvier 1931).
- SYLLA. — Lues und allgemeine miliartuberkulose. (*Med. Klin.*, 22 mai 1931).
- TABELLION. — De quelques aspects pseudotuberculeux de la syphilis pulmonaire. (*Thèse*, Nancy, 1932-33).
- TAPIA et CARLOS DIEZ. — Síndromo cavitario por bronquiectasia. (*Archivos de medicina, cirugía y especialidades*, 3 janv. 1931).
- TAPIE, BAUDOT et Mme SOL. — Quelques réflexions sur un cas de tuberculose pulmonaire à évolution rapide chez une vieille syphilitique. (*Prat. méd. française*, février 1934).
- TRAPIER. — Anatomie pathologique (Paris, 1904).
- VON JASKI. — Beitrag zur kombination von tuberkulose und lues. (*Ztsch. fur tub.*, 1925, p. 294).
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	15
Historique	19
Fréquence de la Syphilis chez les Tuberculeux Pulmonaires	27
Etiologie	33
Clinique	37
Anatomie pathologique	51
Pathogénie	59
Traitement	63
Conclusions	73
Observations	77
Bibliographie	127

Vu : *Le Président de Thèse,*

G. AUBRY.

Vu : *Le Doyen,*

LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer,

Alger, le 1^{er} juin 1935

Pour le Recteur,

Le Président du Conseil de l'Université,

LEBLANC.

